



DEPARTAMENTO DE GESTÃO

Mestrado em Gestão de Empresas
Área de Especialização - Marketing

A Gestão de Recursos Humanos do Pessoal Administrativo e a Qualidade dos Serviços Prestados nos Centros de Saúde: Análise comparativa dos níveis de satisfação dos utentes em dois Centros de Saúde

Elaborado Por:

Cristina Isabel dos Reis Palmeiro

Orientada por:

Prof^ª. Doutora Fátima Jorge

Évora, Abril 2007



DEPARTAMENTO DE GESTÃO

Mestrado em Gestão de Empresas
Área de Especialização - Marketing

A Gestão de Recursos Humanos do Pessoal Administrativo e a Qualidade dos Serviços Prestados nos Centros de Saúde: Análise comparativa dos níveis de satisfação dos utentes em dois Centros de Saúde

Elaborado Por:

Cristina Isabel dos Reis Palmeiro

Orientada por:

Prof^ª. Doutora Fátima Jorge

Évora, Abril 2007

AGRADECIMENTOS

Durante o período de desenvolvimento desta dissertação, beneficiei da colaboração de diversas pessoas que me permitiram chegar ao final deste trabalho.

Gostaria de agradecer à minha orientadora científica, a Prof.^a Doutora Fátima Jorge, que contribuiu activamente para a realização deste trabalho, apoiando-me incondicionalmente, dando-me diversos conselhos e sugestões úteis.

Queria também agradecer aos Directores dos Centros de Saúde envolvidos neste estudo, Dra. Maria de Fátima Breia e Dr. José Amaral e a todo o pessoal administrativo que esteve envolvido e se disponibilizou para participar.

Gostaria de agradecer à minha família, aos meus pais e irmã, pois quando decidi começar este estudo foram os primeiros a dar-me apoio e incentivo.

Um agradecimento especial para os meus amigos: Anabela, Pedro, Maria Manuel, Marta e Tiago sem os quais eu não teria conseguido terminar esta dissertação.

RESUMO

Com esta dissertação pretende-se fazer o estudo da qualidade percebida pelos utentes relativamente ao atendimento que têm por parte dos prestadores de serviço Administrativo, nos Centros de Saúde onde se encontram inscritos no Serviço Nacional de Saúde.

O primeiro contacto com o Administrativo no Centro de Saúde é muito importante, pois o utente não comunica só com o Médico ou Enfermeiro, mas também com o Administrativo que o atende para marcar consulta ou obter informações relativas a cuidados de saúde.

Assim, a análise foi feita com base num estudo empírico que permitiu proceder à comparação da Qualidade percebida dos serviços prestados em unidades de saúde, por parte dos utentes, tendo em conta o papel dos Administrativos em dois Centros de Saúde, situados na região do Alto Alentejo.

Palavras-chave: Gestão de Recursos Humanos, Qualidade Organizacional, Marketing de Serviços, Pessoal Administrativo, Centros de Saúde

The Human Resources Management of Administrative Personnel and the Quality of the Provided Services in Health Care Centres: Comparative Analysis of the satisfaction levels of users in two Health Care Centres.

ABSTRACT

It is intended with this dissertation to do the study of quality perceived by the users concerning the service that they receive from the providers of Administrative services, in the Health Care Centres where they are enrolled in the National Health Service.

The first contact with the Administrative worker in the Health Care Centre is very important because the user does not communicate exclusively with the Doctor or the Nurse, but also with the Administrative worker that is there to receive him to make appointments or ask for information about health care.

Therefore, the analysis will be made based on an empirical study that can allow to proceed to the comparison of the perceived Quality of the provided services in health units, by the users, considering the role of the Administrative workers in two Health Care Centres, located in the region of Alto Alentejo.

Key-Words: Human Resources Management, Organizational Quality, Service Marketing, Administrative Personnel, Health Care Centres

ÍNDICE GERAL

	Pag.
Índice de Anexos	10
Índice de Quadros	11
Índice de Figuras	12
Índice de Gráficos	13
Glossário	17
1. Introdução	18
PARTE I	25
2. Revisão Literária	26
2.1. Gestão de Recursos Humanos	26
2.1.1 Evolução da Gestão de Recursos Humanos	26
2.1.2 As Tendências dos Recursos Humanos	28
2.1.2.1 Modelos de Gestão de Recursos Humanos (GRH)	30
2.1.3 - Dimensões e Políticas de Recursos Humanos	33
2.1.3.1 Da Análise de Funções à Gestão de Competências	34
2.1.3.2 Avaliação de Desempenho	37
2.1.3.2.1 Avaliação de Desempenho nos Serviços Públicos	38
2.1.3.3 Sistemas de Recompensa	41
2.1.3.3.1 Sistemas de Recompensa na Administração Pública .	42
2.1.3.4 Sistemas de Saúde e Segurança no Trabalho - Qualidade	
de Vida no Trabalho	43
2.1.3.4.1 Qualidade de Vida no Trabalho nos Profissionais da	
Saúde	45
2.1.3.5 Formação Profissional e Desenvolvimento dos	
Colaboradores	46
2.1.3.6 Síntese	49
2.1.4 Variáveis Contextuais da Gestão de Recursos Humanos	50
2.1.4.1 Motivação e Participação	50
2.1.4.2 Liderança	54
2.1.4.3 Cultura e Clima Organizacional	57

2.2. Qualidade nas Organizações e Marketing de Serviços	65
2.2.1 Qualidade nas Organizações	65
2.2.1.1 Qualidade Total	68
2.2.1.2 Qualidade nos Serviços Públicos	70
2.2.1.2.1 Modelo Estrutural da CAF	73
2.2.2 Marketing dos Serviços	75
2.2.2.1 Tipos de Marketing nos Serviços	80
2.2.2.2 O Sistema de SERVUCÇÃO	84
2.2.2.3 Sistema SERVQUAL	86
2.2.3. Satisfação	90
2.2.3.1 Conhecer a Satisfação dos Consumidores	92
2.2.4 Síntese	95
2.3. Serviço Nacional de Saúde	97
2.3.1 Breve História do Serviço Nacional de Saúde	97
2.3.2 Objectivos e Organização do SNS	99
2.3.3 Centros de Saúde	101
2.3.4 Região de Saúde do Alentejo	103
2.3.5 Caracterização dos Centros de Saúde Objecto de Estudo de Caso ...	106
2.3.5.1 Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	106
2.3.5.1.1 Organização	107
2.3.5.1.2 Quadro de Pessoal	108
2.3.5.1.3 Serviços Prestados pelo Centro de Saúde	111
2.3.5.2 Centro de Saúde de Sousel	113
2.3.5.2.1 Organização	114
2.3.5.2.2 Quadro de Pessoal	116
2.3.5.2.3 Serviços Prestados pelo Centro de Saúde	117
PARTE II	120
3. Metodologia da Investigação	121
3.1 Objectivos e Hipóteses	121
3.2 Processo de Obtenção de Dados	123
3.2.1 Design do Estudo	124
3.2.1.1 Pesquisa Exploratória	124
3.2.1.2 Método da Recolha de Dados	124

3.2.1.3 Construção dos Instrumentos da Recolha de Dados	125
3.2.1.4 Método de Amostragem e de Cálculo da Dimensão da Amostra	128
3.2.2 Trabalho de Campo	130
3.3 Tratamento e Análise de Dados	131
4. Análise e Apresentação dos Resultados	133
4.1 Política de Recursos Humanos dos Centros de Saúde	133
4.1.1 Perspectiva dos Directores dos Centros de Saúde	133
4.1.1.1 – Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	133
4.1.1.2 – Centro de Saúde de Sousel	138
4.1.1.3 – Resumo das Perspectivas dos Dois Directores dos Centros de Saúde	142
4.1.1.4 – Análise crítica das Perspectivas dos Dois Directores dos Centros de Saúde Face aos Modelos Teóricos de Referência	145
4.1.2 Perspectiva do Pessoal Administrativo dos Centros de Saúde	147
4.1.2.1 – Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	147
4.1.2.2 – Centro de Saúde de Sousel	162
4.1.2.3 – Resumo das Perspectivas dos Dois Directores dos Centros de Saúde	174
4.1.2.4 – Análise Crítica das Perspectivas do Pessoal Administrativo dos Centros de Saúde Face aos Modelos Teóricos de Referência	177
4.2 Perspectiva dos Utentes Sobre o Pessoal Administrativo dos Centros de Saúde	180
4.2.1 Caracterização da Amostra	180
4.2.2 Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	182
4.2.3 Centro de Saúde de Sousel	197
4.2.4 Resumo das Perspectivas dos Utentes dos Dois CS	211
4.2.5 Análise Crítica das Perspectivas dos Utentes dos Dois Centros de Saúde face aos Modelos Teóricos de Referência	216
5. Conclusões, Recomendações e Limitações do Estudo	217
5.1 Conclusões	217

5.2 Recomendações	229
5.3 Limitações do Estudo	230
5.4 Investigações Futuras	231
Bibliografia	232
Anexos	CD

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo nº 1 – Guião da Entrevista aos Directores do Centro de Saúde	CD
Anexo nº 2 – Guião da Entrevista ao Pessoal Administrativo	CD
Anexo nº 3 – Questionário	CD
Anexo nº 4 – <i>Codebook</i>	CD
Anexo nº 5 - Resultados da Entrevista ao Pessoal Administrativo, no CS de Montemor-o-Novo	CD
Anexo nº 6 – Resultados da Entrevista ao Pessoal Administrativo do Centro de Saúde de Sousel	CD
Anexo nº 7 – Caracterização da Amostra	CD
Anexo nº 8 – Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	CD
Anexo nº 9 – Centro de Saúde de Sousel	CD
Anexo nº 10 – Análise <i>Cluster</i> às Características do Atendimento no CS Montemor-o-Novo	CD
Anexo nº 11 – Análise <i>Cluster</i> às Características do Atendimento no CS de Sousel	CD
Anexo nº 12 – Análise <i>Cluster</i> aos Valores Organizacionais no CS de Montemor-o-Novo	CD
Anexo nº 13 – Análise <i>Cluster</i> aos Valores Organizacionais no CS de Sousel	CD
Anexo nº 14 – Análise <i>Cluster</i> Sobre a Percepção ao Grau de Satisfação dos Utentes do CS de Montemor-o-Novo	CD
Anexo nº 15 – Análise <i>Cluster</i> Sobre a Percepção ao Grau de Satisfação dos Utentes do CS de Sousel	CD
Anexo nº 16 – Situações Agradáveis e Desagradáveis no CS de Montemor-o-Novo	CD
Anexo nº 17 – Situações Agradáveis e Desagradáveis no CS de Sousel	CD

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro nº 1 – Gestão Recursos Humanos Antes e Após os Anos 70/80	28
Quadro nº 2 – Políticas de Recursos Humanos	33
Quadro nº 3 – Critérios de Qualidade das Práticas de Reconhecimento	43
Quadro nº 4 – Taxonomia das Teorias da Motivação	51
Quadro nº 5 – Qualidades Pessoais do Líder	55
Quadro nº 6 – Gestores e Líderes	57
Quadro nº 7 – Definições de Cultura	58
Quadro nº 8 – Categoria de Serviços e Produtos	79
Quadro nº 9 – Recursos Humanos do CS de Montemor-o-Novo	110
Quadro nº 10 – Recursos Humanos do CS de Sousel	116
Quadro nº 11 – Resumo das Perspectivas dos Directores dos CS	142
Quadro nº 12 – Acções de Formação Frequentadas nos Últimos 5 Anos	159
Quadro nº 13 – Áreas de Aprofundamento e Conhecimento	159
Quadro nº 14 – Áreas de Aprofundamento e Conhecimento	171
Quadro nº 15 – Resumo das Perspectivas do Pessoal Administrativo dos Dois CS	174
Quadro nº 16 – Características dos <i>Clusters</i>	193
Quadro nº 17 – Características dos <i>Clusters</i>	194
Quadro nº 18 – Características dos <i>Clusters</i>	196
Quadro nº 19 – Características dos <i>Clusters</i>	208
Quadro nº 20 – Características dos <i>Clusters</i>	209
Quadro nº 21 – Características dos <i>Clusters</i>	210
Quadro nº 22 – Resumo das Perspectivas do Pessoal Administrativo dos CS	212

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura nº 1 – As necessidades de formação resultado das exigências de uma resposta eficaz à envolvente	47
Figura nº 2 – Estrutura da cultura organizacional	59
Figura nº 3 – Estrutura da CAF	74
Figura nº 4 – Características dos Serviços	76
Figura nº 5 – Oferta de Serviços	80
Figura nº 6 – Tipos de Marketing de Serviços	81
Figura nº 7 – Sistema de SERVUCÇÃO	85
Figura nº 8 – A percepção da qualidade do serviço	87
Figura nº 9 – Modelo SERVQUAL	88
Figura nº 10 – Factores fundamentais da satisfação do consumidor	92
Figura nº 11 – Informações sobre satisfação de clientes	93
Figura nº 12 – Organigrama do SNS	100
Figura nº 13 – Sub-Região de Saúde do Alentejo	105
Figura nº 14 – Mapa Administrativo do Município de Montemor-o-Novo	107
Figura nº 15 – Organigrama do CS de Montemor-o-Novo	109
Figura nº 16 – Mapa Administrativo do Município de Sousel	114
Figura nº 17 – Organigrama do CS de Sousel	115

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico nº 1 – Sexo	147
Gráfico nº 2 – Idade	148
Gráfico nº 3 – Estado Civil	148
Gráfico nº 4 – Nº de Filhos	148
Gráfico nº 5 – Categoria Profissional	149
Gráfico nº 6 – Vínculo Contratual	149
Gráfico nº 7 – Tempo de Serviço	150
Gráfico nº 8 – Habilitações Literárias	150
Gráfico nº 9 – Desempenho da função para a qual foram contratados	151
Gráfico nº 10 – Estímulo de políticas e comportamentos na GRH	152
Gráfico nº 11 – Participação do Pessoal Administrativo nas decisões do CS	152
Gráfico nº 12 – Preocupação com a Ergonomia	153
Gráfico nº 13 – Conciliação da Vida Pessoal e Profissional	153
Gráfico nº 14 – Incentivo para trabalhar em Equipa	154
Gráfico nº 15 – Cooperação entre colegas	154
Gráfico nº 16 – Aquisição de novas competências	155
Gráfico nº 17 – Definição de Objectivos e Avaliação de Desempenho	155
Gráfico nº 18 – Recompensas para os trabalhadores	156
Gráfico nº 19 – Valores Organizacionais	157
Gráfico nº 20 – Satisfação dos trabalhadores com as actuais condições de trabalho	157
Gráfico nº 21 – Factores com relevância na organização	158
Gráfico nº 22 – Existência de Acções de Formação	158
Gráfico nº 23 – Características do SINUS	160
Gráfico nº 24 – Melhorias no SINUS	160
Gráfico nº 25 – Aviso de Desmarcação de consultas	161
Gráfico nº 26 – Percepção da satisfação dos utentes	161
Gráfico nº 27 – Estimulo de políticas e comportamentos na GRH	164
Gráfico nº 28 – Participação do Pessoal Administrativo nas decisões do CS	164
Gráfico nº 29 – Preocupação com a Ergonomia	165

Gráfico nº 30 – Conciliação da vida Pessoal e Profissional	165
Gráfico nº 31 – Incentivo para trabalhar em Equipa	166
Gráfico nº 32 – Cooperação entre colegas	166
Gráfico nº 33 – Aquisição de novas competências	167
Gráfico nº 34 – Definições de Objectivos e Avaliação de Desempenho	167
Gráfico nº 35 – Valores Organizacionais	168
Gráfico nº 36 – Satisfação dos trabalhadores nas actuais condições de trabalho ...	169
Gráfico nº 37 – Factores com relevância na organização	170
Gráfico nº 38 – Existência de Acções de Formação	170
Gráfico nº 39 – Características do SINUS	171
Gráfico nº 40 – Melhorias no SINUS	172
Gráfico nº 41 – Aviso de Desmarcação de consultas	172
Gráfico nº 42 – Percepção da satisfação dos utentes	173
Gráfico nº 43 – Centro de Saúde	181
Gráfico nº 44 – Sexo	181
Gráfico nº 45 – Idade	181
Gráfico nº 46 – Habilitações Literárias	181
Gráfico nº 47 – Profissão	182
Gráfico nº 48 – Rendimento Bruto Mensal	182
Gráfico nº 49 – Sexo	183
Gráfico nº 50 – Idade	183
Gráfico nº 51 – Profissão	183
Gráfico nº 52 – Habilitações Literárias	183
Gráfico nº 53 – Rendimento Bruto Mensal	184
Gráfico nº 54 – Frequência do Centro de Saúde	184
Gráfico nº 55 – Tipos de Consulta	185
Gráfico nº 56 – No Centro de saúde o que menos satisfaz	185
Gráfico nº 57 – Factores relevantes no atendimento	186
Gráfico nº 58 – Idade	186
Gráfico nº 59 – Qualidade da Informação	186
Gráfico nº 60 – Comunicação	187
Gráfico nº 61 – Sexo	187
Gráfico nº 62 – Experiência no Serviço	187

Gráfico nº 63 – Privacidade	187
Gráfico nº 64 – Organização do Serviço	187
Gráfico nº 65 – Simpatia	187
Gráfico nº 66 – Pontualidade	188
Gráfico nº 67 – Qualidade da Informação	188
Gráfico nº 68 – Privacidade	189
Gráfico nº 69 – Marcação de Consultas	189
Gráfico nº 70 – Obtenção de resposta na deslocação ao CS	190
Gráfico nº 71 – Atitude do Pessoal Administrativo quando não sabe a resposta ...	190
Gráfico nº 72 – Importância do Pessoal Administrativo na prestação de serviços de qualidade	191
Gráfico nº 73 – Satisfação com o atendimento do Pessoal Administrativo	191
Gráfico nº 74 – Sexo	197
Gráfico nº 75 – Idade	197
Gráfico nº 76 – Profissão	198
Gráfico nº 77 – Habilitações Literárias	198
Gráfico nº 78 – Rendimento Bruto Mensal	198
Gráfico nº 79 – Frequência do Centro de Saúde	199
Gráfico nº 80 – Tipos de Consulta	200
Gráfico nº 81 – No Centro de Saúde o que menos satisfaz	200
Gráfico nº 82 – Factores relevantes no atendimento	201
Gráfico nº 83 – Idade	201
Gráfico nº 84 – Qualidade da Informação	201
Gráfico nº 85 – Organização do serviço	202
Gráfico nº 86 – Comunicação	202
Gráfico nº 87 – Sexo	202
Gráfico nº 88 – Privacidade	202
Gráfico nº 89 – Simpatia	202
Gráfico nº 90 – Experiência no Serviço	202
Gráfico nº 91 – Pontualidade	203
Gráfico nº 92 – Qualidade da Informação	203
Gráfico nº 93 – Respeito e Privacidade	204
Gráfico nº 94 – Marcação de consultas	204

Gráfico nº 95 – Obtenção de resposta na deslocação ao CS	205
Gráfico nº 96 – Atitude do Pessoal Administrativo quando não sabe a resposta ...	205
Gráfico nº 97 – Importância do Pessoal Administrativo na prestação de serviços de qualidade	206
Gráfico nº 98 – Satisfação com o atendimento do Pessoal Administrativo	206

GLOSSÁRIO

ARS – Administração Regional de Saúde

AP – Administração Pública

CS – Centro de Saúde

CSTG – Centro de Saúde de Terceira Geração

DGS – Direcção Geral da Saúde

GRH – Gestão de Recursos Humanos

IGS – Inspecção-Geral da Saúde

OCT – Organização Científica do Trabalho

SAM – Serviço de Apoio ao Médico

SINUS – Serviço Informático Nacional das Unidades de Saúde

SRS – Sub-Região de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

Actualmente, vivemos num contexto mundial onde complexas transformações tecnológicas, sociais, culturais, económicas e de natureza diversa e imprevisível, têm vindo a incutir alterações nas mentalidades e comportamentos. Neste sentido, a qualidade aparece como factor essencial para que as organizações evoluam nos espaços económicos onde se inserem e interagem.

As exigências do mercado colocam as organizações perante a necessidade de se pautarem por critérios de qualidade que em parte se baseiam nas necessidades e expectativas dos clientes/utentes. Para além disto, as organizações têm de ter em conta que os seus clientes/utentes exigem níveis cada vez mais elevados de qualidade, de serviço, de funcionalidade, de habilidade e de preços competitivos.

Neste contexto, na sociedade de consumo em que vivemos cada vez mais se exige qualidade e bem servir, os critérios de qualidade e a melhoria da qualidade assumem, tal como foi referido anteriormente, um papel primordial, nas organizações de bens e serviços, como tal há que ter em atenção o papel desempenhado pela gestão de recursos humanos na qualidade da prestação de serviços por parte destas organizações.

Quando as Organizações estão dotadas de bons recursos humanos, a organização e o funcionamento do trabalho podem fazer-se sentir ao nível da qualidade. Neste sentido, a qualidade depende directamente das pessoas que trabalham na organização. A qualidade é uma variável que depende de vários factores: instalações, meios informáticos e recursos humanos, sendo estes últimos os principais, pois englobam a simpatia, a rapidez e eficiência do atendimento e os conhecimentos técnicos e científicos que só as pessoas detêm.

A importância de se oferecer um serviço de qualidade tem sido destacada por diversos investigadores nos últimos anos, uma vez que, hoje em dia, as organizações devem estar conscientes de que a oferta de um serviço de qualidade proporciona uma vantagem competitiva muito poderosa. Perante isto a qualidade do serviço pode ser encarada como

uma das principais vias para que as organizações alcancem os seus objectivos relacionados com a manutenção dos clientes/utentes no longo prazo.

Directamente relacionada com a qualidade está a satisfação dos consumidores que, actualmente, assume um papel decisivo, pois permite verificar a eficácia da acção da organização, orientar esforços para melhorar, manifestando ao consumidor a vontade de o satisfazer cada vez mais e melhor.

A Administração Pública, em Portugal, à imagem de outros países desenvolvidos possui um vasto leque de bens e serviços, sendo, desta forma, um dos sectores que maior atenção deve dedicar às questões da qualidade. Os serviços públicos devem ter em consideração que a degradação da qualidade do serviço prestado pode tornar-se numa ameaça a qualquer momento, na medida em que pode gerar desperdícios e, consequentemente, mediocridade dos serviços prestados aos cidadãos. Portanto, o investimento na qualidade deve ser encarado como um factor prioritário de competitividade dos serviços públicos.

Assim sendo, qualquer serviço público pode sempre melhorar a qualidade que presta. Para tal, é necessário que existam preocupações ao nível da melhoria contínua, não só da classe política como também dos dirigentes e demais trabalhadores e colaboradores, em virtude destes terem a responsabilidade de reflectir acerca de novas formas de desenvolver a qualidade. Neste contexto, o sucesso da Administração Pública passa por uma liderança activa. Os dirigentes devem adoptar como estratégia a liderança pela qualidade, de forma a motivarem e mobilizarem os funcionários para que possam alcançar os objectivos globais da organização.

A qualidade também está intimamente ligada ao tipo de liderança praticado e ao clima organizacional existente. A qualidade dos serviços prestados é condicionada e influenciada, necessariamente, pelo ambiente interno da organização, designadamente pelos recursos humanos.

A gestão pela qualidade é um dos grandes desafios que se coloca aos serviços públicos, que se materializa numa importante renovação ao nível da gestão pública, da simplificação e desburocratização de processos, da motivação dos trabalhadores e da satisfação dos cidadãos, que são os clientes/utentes preferenciais dos serviços públicos.

Em Portugal, no âmbito da Administração Pública, no campo da Saúde existe uma rede de prestação de cuidados primários de saúde, onde se inserem os Centros de Saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde. Os Centros de Saúde fazem a prevenção da doença, bem como a gestão dos problemas de saúde, agudos ou crónicos, tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza, orientada para o indivíduo, para a sua família e na comunidade em que se insere. A missão dos Centros de Saúde implica que uma parte substancial da sua actividade e cuidados que prestam se dirijam à comunidade onde estão inseridos. A este nível para que a rede possa funcionar necessita de diversos grupos intervenientes onde cada um tem um papel muito específico na prestação do serviço: auxiliares, médicos, enfermeiros, administrativos e outros. No seu conjunto, todos contribuem para a percepção sobre a qualidade e a satisfação dos utentes, mas individualmente cada grupo também tem um papel importante nesta área, uma vez que os utentes desenvolvem juízos de valor acerca da qualidade e satisfação, no que diz respeito a cada um destes grupos individualmente.

Neste âmbito a investigadora optou por estudar *A Gestão de Recursos Humanos do Pessoal Administrativo e a Qualidade dos Serviços Prestados nos Centros de Saúde: Análise comparativa dos níveis de satisfação dos utentes em dois Centros de Saúde*, uma vez que profissionalmente desempenha funções no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, na área dos Recursos Humanos, como tal considerou que seria interessante e oportuno tratar um tema pertinente no âmbito do sector da Saúde. Por outro lado, as investigações ao nível da satisfação do cliente, no âmbito dos Centros de Saúde podem ajudar as organizações de saúde na manutenção de metas de satisfação, na resolução de problemas, na avaliação do progresso e na melhoria do atendimento das necessidades dos pacientes na área da saúde.

Perante a importância dos utentes nos Centros de Saúde, uma vez que estes são os clientes destas organizações, surgiu também a ideia de conhecer a satisfação destes, relativamente à qualidade dos serviços prestados por um grupo específico que trabalha nestas instituições – os administrativos.

Em Portugal, podem-se encontrar alguns trabalhos realizados sobre percepção da qualidade e dos níveis de satisfação dos utentes, nomeadamente aplicados aos Centros de Saúde:

- Estudo realizado em Lisboa e Vale do Tejo em 2001, por Ferreira, Luz, Valente, Raposo, Godinho e Felício com o objectivo de avaliar a percepção que os cidadãos utentes dos Centros de Saúde têm relativamente aos cuidados prestados e atender as razões subjacentes a estas avaliações. Esta avaliação foi feita através de questionários aos utentes desta região;
- Estudo realizado pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), durante os últimos meses do ano de 2004 e publicados os resultados em 2005, este foi o maior estudo efectuado em Portugal relativo à avaliação que os utilizadores dos centros de saúde fazem dos cuidados aí prestados;
- Este estudo elaborado, em 2004, por Ferreira, Raposo e Godinho no âmbito da Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde, sendo que a Qualidade dos cuidados prestados aos doentes depende basicamente de uma boa prática clínica e do modo como estão organizados e são prestados os serviços aos doentes, o MoniQuOr preocupa-se essencialmente com a Organização dos Serviços e a revisão contínua e sistemática dos processos que levam à prestação de cuidados efectivos e eficientes. O MoniQuOr procura contribuir para uma estratégia global de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos utilizadores dos Centros de Saúde, para o aumento da satisfação dos profissionais de saúde e para a melhoria da Organização e Gestão dos Centros de Saúde. O MoniQuOr é um instrumento de avaliação e monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde. É constituído por um conjunto de 163 critérios, agrupados em seis grandes áreas e vinte e três subáreas de avaliação.

O estudo a realizar irá contribuir para aumentar o conhecimento ao nível da Gestão dos Recursos Humanos aplicada ao sector da saúde, assim como na área da qualidade nos serviços de saúde, mais especificamente ao nível do conhecimento da satisfação percebida pelos utentes que participaram no estudo.

Como ponto de partida foram definidas algumas questões para as quais se vai procurar obter uma resposta com a investigação a realizar, nomeadamente:

1. Será que variáveis como idade, sexo, estado civil do Administrativo, influenciam a qualidade do atendimento?

2. Até que ponto as condições físicas de trabalho influenciam a motivação/satisfação?
3. Em que medida os modelos de organização do trabalho adoptados têm impactos no desempenho e na produtividade do colaborador?
4. A procura de formação para o desenvolvimento de competências repercute-se na qualidade dos serviços prestados?

Como hipóteses de estudo foram definidas as seguintes:

1. O pessoal administrativo desempenha um papel de crescente importância na obtenção de maiores níveis de qualidade na prestação dos cuidados de saúde;
2. O modelo de GRH utilizado na gestão dos administrativos influencia a qualidade de desempenho;
3. As Formas de Organização do Trabalho adoptadas têm impactos no desempenho e na produtividade do colaborador.

No que concerne aos objectivos a alcançar com este estudo propõe-se o seguinte:

1. Analisar o papel do pessoal administrativo como agente promotor da qualidade dos serviços prestados em unidades de saúde;
2. Analisar a influência que o modelo de recursos humanos adoptado na gestão do pessoal administrativo tem na qualidade percebida pelos utentes de unidades de saúde;
3. Proceder a uma análise comparativa entre duas instituições de dimensão e localização diferenciada no que se refere aos níveis de satisfação dos utentes.

As fontes de informação a que se irá recorrer para a elaboração desta dissertação serão essencialmente de dois tipos:

- *fontes bibliográficas* – recorrer-se-á a diversos livros, artigos e consultas na *Internet* na área da Gestão de Recursos Humanos, da Qualidade nas Organizações, do Marketing de Serviços e do Serviço Nacional de Saúde;
- *dados primários* – serão obtidos através de dois guiões de entrevista sendo um aplicado aos Directores dos Centros de Saúde e o outro ao pessoal administrativo. Ainda será elaborado um questionário para ser aplicado a uma amostra de utentes dos Centros de Saúde.

Em termos metodológicos este trabalho inicia-se com recurso a fontes secundárias de forma a realizar uma breve revisão bibliográfica sobre os temas já referidos anteriormente. A revisão bibliográfica é bastante vasta, uma vez que se pretende analisar um triângulo conceptual cujas dimensões são a Gestão de Recursos Humanos, a Qualidade Organizacional e o Marketing de Serviços para perceber as relações que se podem estabelecer no trinómio qualidade/administrativos/utentes nos Centros de Saúde. Assim à gestão de recursos humanos será dado um destaque com relevância, pois esta interfere de forma directa com o perfil e níveis motivacionais do pessoal administrativo e na qualidade do serviço que estes podem ter e desempenhar. Serão desenvolvidas as variáveis contextuais da Gestão de Recursos Humanos, nomeadamente: a motivação, a participação, a liderança, a cultura e clima organizacional. Outro ponto a referenciar é a qualidade nas organizações, onde se apresentará a qualidade total que deverá ser encarada como uma filosofia de gestão pela qual todas as Organizações se devem orientar. Será ainda evidenciada a relação da qualidade das organizações com o marketing de serviços. Dar-se-á ainda relevância ao sistema de *servuçção*, pois é através deste modelo que se explica o processo da criação do serviço. O modelo SERVQUAL, é também exposto neste trabalho, uma vez que este modelo permite medir a satisfação dos clientes de uma organização prestadora de serviços – neste caso dos Centros de Saúde. Para finalizar o quadro teórico de referência será abordada a satisfação dos consumidores, onde se irá procurar mostrar quais são os factores fundamentais para a satisfação do consumidor.

Ainda no âmbito do enquadramento do estudo será referido o enquadramento dos Centros de Saúde no Serviço Nacional de Saúde.

O estudo empírico irá ser aplicado em 2 centros de saúde, sedeados no Alentejo, mas com dimensão e com Administração Regional de Saúde diferente, pertencendo um à Sub-Região de Saúde de Évora e o outro à Sub-Região de Saúde de Portalegre, respectivamente Centro de Saúde de Montemor-o-Novo e Sousel.

A metodologia utilizada para a realização deste estudo passa por 3 momentos distintos, ao nível dos dois Centros de Saúde:

1. Análise documental, visitas e entrevistas aos Directores;
2. Entrevistas aos administrativos;

3. Aplicação de questionários a uma amostra não probabilística de utentes, sendo depois os dados tratados com técnicas estatísticas simples, cruzamento de variáveis e análise de *cluster*. Devido a limitações humanas e financeiras não foi possível utilizar um método probabilístico, como tal os resultados não poderão ser generalizados para o universo nacional (Malhotra, 1996, p.366).

Para além desta parte introdutória (1. Introdução), o trabalho divide-se em duas partes:

- **Parte I** : Formada pela Revisão Literária - composta por 3 sub-pontos na qual são abordados os temas referentes à Gestão dos Recursos Humanos, onde é feita uma breve análise aos vários aspectos relacionados com a gestão de recursos humanos nas organizações; à qualidade das organizações e marketing de serviços, onde é feita uma explicação relativa à qualidade das organizações; à satisfação dos clientes, formas de conhecer e avaliar a satisfação. Por fim, aborda-se a estrutura do Serviço Nacional de Saúde de forma a enquadrar os Centros de Saúde que serão objecto deste estudo na parte empírica.
- **Parte II** - Formada por dois pontos:
 - Metodologia - composto por três sub-pontos onde é apresentado em detalhe a metodologia que irá ser utilizada no estudo, ou seja a definição dos objectivos e hipóteses, o processo de obtenção, de tratamento e análise dos dados.
 - Análise e Apresentação dos Resultados – composto por cinco sub-pontos, constituindo um capítulo determinante para validar todo o trabalho realizado no âmbito desta dissertação, no qual será tratada a informação recolhida junto dos três tipos de público já referidos. Irão ser efectuadas análises individualizadas por Centro de Saúde e no final de cada ponto será realizada uma comparação entre os dois Centros analisados.
- **Conclusões** - este capítulo diz respeito às conclusões do estudo, sendo estas estruturadas de acordo com a ordem da análise efectuada e dos objectivos definidos. Neste ponto também são efectuadas algumas recomendações aos Centros de Saúde e são referidas as limitações do estudo e as investigações futuras.

Devido à extensão dos anexos estes encontram-se gravados num CDROM em anexo a este trabalho.

PARTE I

2. REVISÃO LITERÁRIA

Neste capítulo do trabalho é feita a revisão da literatura, começando por se desenvolver a gestão de recursos humanos, a qualidade nas organizações, o marketing de serviços, e para finalizar a satisfação dos consumidores.

Para que estes conceitos fiquem mais claros, na revisão da literatura serão explanadas as perspectivas de vários autores, sobre a temática em estudo.

2.1. Gestão de Recursos Humanos

Uma vez que o tema desta dissertação é sobre o papel do pessoal administrativo nos Centros de Saúde nos níveis de qualidade e satisfação percebidas pelos utentes, consideramos ser imprescindível referir a evolução dos recursos humanos (GRH) nas organizações. Este tema tem sido desenvolvido desde há várias décadas, mas tal como a sociedade se tem transformado, também as abordagens da GRH têm ganho uma ênfase cada vez maior.

2.1.1 Evolução da Gestão de Recursos Humanos

Segundo Peretti (1997, p. 30) antes de 1914 a função pessoal quase não existia e os testemunhos que se encontram sobre ela são muito poucos.

A gestão dos recursos humanos tem tido objectivos diferentes ao longo do tempo. Inicialmente as teorias da organização (Taylor, Fayol, Urwick, Gulick) preocupavam-se com a estrutura das organizações. O Taylor defendia que havia uma forma óptima de organizar, o que levou a que este dividisse o trabalho em funções, às quais correspondia um conjunto de tarefas, devendo-se escolher e treinar o pessoal. Sinteticamente, Taylor, preocupava-se com a selecção, formação profissional e a compensação. Em paralelo, com abordagem de Taylor, aparece a psicologia a preocupar-se com os problemas de trabalho o

que deu origem à Escola da Psicologia Industrial, colocando o ênfase em temas como a fadiga, as curvas de aprendizagem, a selecção, a análise de funções e a orientação profissional.

A gestão de recursos humanos tem um novo impulso com as experiências desenvolvidas por Elton Mayo em 1927 numa empresa americana. As suas experiências baseadas em questões de produtividade, comportamento do indivíduo e especialização do trabalho deram origem à Escola das Relações Humanas onde, a ênfase, agora passa a ser colocado no factor humano. Em termos práticos na gestão de recursos humanos vão ganhando força as questões da motivação, liderança e participação ao mesmo tempo em que na gestão se vão desenvolvendo técnicas que também se reflectem nesta área, tal como: o desenvolvimento organizacional, a gestão por objectivos e a análise transaccional. Para além de Mayo os teóricos das relações humanas desenvolveram as seguintes teorias da motivação: hierarquia das necessidades de Maslow, MacGregor com a Teoria X e a Teoria Y, teoria da imaturidade-maturidade, teoria dos dois factores de Herzberg, teoria de McClelland, teoria das expectativas. Para além destas teorias também se dedicaram ao estudo da liderança. Segundo Rocha (1999, p.55) todas estas teorias demonstraram diversas deficiências metodológicas e de falta de suporte empírico, apesar do importante contributo que deram.

A seguir à Segunda Guerra Mundial o estudo da economia do trabalho e as relações colectivas de trabalho começam a ganhar força. Nos anos 50, identifica-se o estudo dos recursos humanos com a Administração de Pessoal, onde se incluíam actividades de recrutamento, selecção, avaliação de funções e compensação. Até aos anos 50/60 a função pessoal encontra-se na fase embrionária, uma vez que é até esta altura que surgem alguns serviços especializados relacionados com o recrutamento e gestão da contratualização das relações laborais. Nos anos 60, abandona-se esta designação e retoma-se a Gestão de Recursos Humanos, com a adopção desta terminologia procurava-se sublinhar a importância das pessoas nas organizações, onde a motivação e a moral dos empregados passa a ser um objectivo da eficácia da organização. A partir desta altura surgem as seguintes teorias: teoria da decisão, o modelo sistémico/teoria da contingência e as teorias económicas das organizações. Todas estas teorias trouxeram contributos e desenvolvimentos para a Gestão dos Recursos Humanos. Entre os anos 60 e 80, segundo Brandão e Parente (1998, p. 32), a função pessoal alcança a fase da maturidade. É nesta

altura que esta função consegue obter um estatuto a nível organizativo, igual ao das outras funções da empresa. No quadro seguinte pode-se observar as principais mudanças nesta área como consequência dos vários contributos dados pelas diversas teorias.

Quadro nº 1 – Gestão de Recursos Humanos Antes e Após os Anos 70/80

Antes dos anos 70/80	Após os anos 70/80
Motivação e satisfação individual	Clima organizacional
Tarefa individual	Grupo de trabalho
Planeamento de recursos humanos	Planeamento estratégico
Actividades da função pessoal	<i>Outcome</i> Organizacional
Sistema de relações colectivas do trabalho	Sistema em que a formação de salários é o resultado da interacção entre um processo de concertação social
Formação profissional	Formação em sentido amplo e desenvolvimento organizacional
Conceito de Administração de Pessoal	Conceito de Gestão de Recursos Humanos

Fonte: Adaptado de Rocha (1999)

Segundo Brandão e Parente (1998, p.34) a partir dos anos 80 entra-se na fase de desenvolvimento desta função com o desenvolvimento organizacional e a gestão estratégica dos recursos humanos. A função começa a tornar-se numa área estratégica da empresa.

2.1.2 As Tendências dos Recursos Humanos

A Gestão de Recursos Humanos (GRH) não é um tema recente, mas tem sido analisado por vários autores ao longo de décadas. Assim,

“A Gestão de Recursos Humanos consiste em planear, organizar, desenvolver, coordenar e controlar técnicas capazes de promover o desempenho eficaz e eficiente dos colaboradores, ao mesmo tempo que a organização representa o meio que permite às pessoas, que com ela colaboram, alcançar os seus objectivos individuais relacionados directa ou indirectamente com o trabalho.”
(Chiavenato, 1987, p. 74).

As anteriores estruturas muito hierarquizadas deram agora lugar a estruturas mais simples com dois ou três níveis hierárquicos, a tomada de decisão no topo da pirâmide está agora nas mãos das equipas que têm poder de decisão, ficando assim mais próximas dos clientes.

Na sociedade em que estamos inseridos, há que responder aos desafios colocados pela mudança do mercado de trabalho. Segundo (Câmara, Guerra, Rodrigues, 1997, p. 33),

“O contributo individual é hoje visto, não tanto isoladamente, mas integrado em equipas pluridisciplinares, com objectivos de negócio bem definidos. Isto passa por uma revolução de mentalidades, por uma nova visão do que é sucesso profissional e por que se reconheça e premeie o trabalho em equipa. Todas estas mudanças, que se processam a ritmo crescente, trouxeram os Recursos Humanos para o centro das preocupações dos gestores.”.

De acordo com Câmara, Guerra, Rodrigues (1997, p. 33) na organização há que ter em conta qual a missão e objectivos a que esta se destina. A missão e os objectivos da função Recursos Humanos não se têm mantido estática ao longo dos anos, uma vez que esta sofre alterações de acordo com a envolvente e a estrutura das empresas.

Segundo os mesmos autores os gestores de Recursos Humanos, para conseguirem otimizar os resultados têm como tarefa principal organizar o trabalho de acordo com os Recursos Humanos disponíveis e a capacidade e apetência de cada colaborador. Assim, (...) *começam pois a ganhar acrescida importância as intervenções do gestor de Recursos Humanos, a 2 níveis:*

- *como facilitador no processo de desenvolvimento organizacional (DO),*
- *como agente activo na gestão da mudança.*

O responsável pela Gestão de Recursos Humanos deve procurar encorajar um clima organizacional que prepare e crie a apetência pela mudança. A mudança é, em si mesma, um processo gerador de insegurança e stress nas pessoas envolvidas, sendo essencial criar e manter o impulso necessário para que ela arranque e prossiga, sem vacilações nem riscos de retrocesso.

Segundo, Peter Drucker citado por Câmara, Guerra, Rodrigues (1997, p. 33) *“as pessoas são a única vantagem competitiva sustentável de que uma empresa pode dispor, no longo*

prazo”. Assim, pode dizer-se que as políticas de Recursos Humanos são um conjunto de princípios e regras, que permitem diferentes actividades na empresa relativamente aos Recursos Humanos.

2.1.2.1 Modelos de Gestão de Recursos Humanos (GRH)

Os modelos de Gestão de Pessoas podem agrupar-se em quatro abordagens segundo Moura (2000, p.35):

- Abordagem Recursos Humanos – Contingência, Multi-interessados e Melhores Práticas;
- Abordagem Relações Industriais – Contextual e Institucional;
- Abordagem Organizacional – Comportamental e Estrutural;
- Abordagem Qualidade – Tipo de programa e Gestão.

De entre a diversidade de modelos existentes nesta área e apresentados por Moura (2000) optou-se por destacar quatro, por serem aqueles que mais se aproximam dos praticados nas organizações a estudar.

A - Abordagem da Michigam Business Scholl (MBS)

A Abordagem da Michigam Business Scholl (MBS), desenvolvida por Fombrun, Tichy e Devanna (1982 e 1984) insere-se na abordagem Recursos Humanos e dentro desta na abordagem de contingência. Defende que se devem desenvolver sistemas de gestão dos recursos humanos adequados aos objectivos organizacionais, como o aumento da qualidade e a melhoria da produtividade.

O seu conceito fundamental é o ciclo dos recursos humanos, tendo por base as actividades incluídas neste ciclo: a selecção, a avaliação de desempenho, a retribuição e o desenvolvimento. Estes investigadores citados por Moura (2000, p.36) colocam em destaque a avaliação de desempenho como sendo *“a chave para o sistema efectivo de recursos humanos ainda que frequentemente lhe seja dada pouca mais atenção do que a um serviço marginal”*.

B - Abordagem da Harvard Business Scholl (HBS)

A abordagem da Harvard Business School insere-se na abordagem recursos humanos e dentro desta na multi-interessados. Foi desenvolvida por Beer, Spector, Lawrenc, Mills e Walton (1984, 1985), que dizem, que no processo de gestão dos recursos humanos “*todas as decisões e acções de gestão que afectam a natureza da relação entre a organização e os empregados, os seus recursos humanos*” (Beer et all, 1984, p.1). Tem como conceito fundamental o sistema de gestão de recursos humanos.

Estes investigadores consideram que existem quatro áreas operativas para concretização da estratégia de recursos humanos (1984, p. 8-10): a influência dos empregados, os fluxos de recursos humanos, os sistemas retributivos e os sistemas de trabalho.

Para a avaliação das políticas de gestão de recursos humanos estes autores definem quatro critérios, designados pelos 4 C's, Moura citando Beer et all (2000, p.42):

- Compromisso – Em que medida, as políticas de recursos humanos aumentam o compromisso das pessoas com o seu trabalho e com a organização?
- Competência – Em que medida as políticas de gestão de recursos humanos atraem, mantêm e/ou desenvolvem pessoas com aptidões e conhecimentos necessitados pela organização e pela sociedade, no presente e para o futuro?
- Custos/eficiência – Qual é o custo efectivo de uma dada política em termos de salários, benefícios, rotação, absentismo, greves, etc?
- Congruência – que níveis de congruência, as políticas de gestão de recursos humanos geram ou mantêm entre os gestores e os empregados, diferentes grupos de empregados, a organização e a comunidade, os empregados e as suas famílias e no próprio indivíduo?

C - Abordagem da Warwick Business Scholl (WBS)

Esta abordagem foi desenvolvida a partir da Abordagem da Harvard Business Scholl, por investigadores da Warwick Business School e insere-se na abordagem das relações industriais e dentro desta na contextual. Estes investigadores consideraram que as práticas

de gestão de recursos humanos têm efeito no desempenho, logo exigem novas competências e aptidões. O seu conceito fundamental reside na mudança estratégica.

Na abordagem de Warwick (Hendry e Pettigrew, 1986; 1990; Hendry, Pettigrew e Sparrow, 1989), para além das quatro áreas operativas do modelo anterior é tido em conta a integração do ambiente externo e da estratégia de negócios. Para além disto ainda é necessário a compreensão do papel cultural da função de gestão de recursos humanos em termos: da definição de responsabilidades; das suas competências num leque diverso de actividades e no modo como a função está organizada.

D - Abordagem das Melhores Práticas

Esta abordagem, também se insere, na abordagem recursos humanos e dentro desta no grupo das melhores práticas. Foi desenvolvida por Pfeffer (1994 e 1998) e tem por base a seguinte premissa:

“embora não exista “um caminho melhor” para gerir as pessoas, as organizações que se adaptam com maior sucesso competitivo ao novo contexto social e económico tendem a ser caracterizadas por um conjunto de práticas e políticas de gestão de recursos humanos bem definido”.

O seu conceito fundamental consiste nas práticas de gestão utilizadas por empresas de sucesso.

Segundo Moura (2000, p.48-49) a abordagem das melhores práticas “desenvolve-se em torno da análise de práticas concretas de gestão das pessoas, sendo estas desenvolvidas com vista a consolidar a vantagem competitiva”. Segundo Pfeffer (1994, 16) os factores críticos na concretização do sucesso competitivo são: as aptidões das pessoas e a capacidade para desenvolver uma força de trabalho para alcançar o sucesso competitivo. Salientam-se na abordagem das melhores práticas os seguintes itens: planos de mercado de trabalho interno (em matéria de promoções, treino e desenvolvimento individual de carreira), sistemas flexíveis da organização do trabalho, práticas retributivas baseadas no desempenho e /ou nas aptidões, altos níveis de trabalho de grupo e participação de empregados nas decisões relacionadas com as tarefas e acordos de comunicação interna extensos.

2.1.3 Dimensões e Políticas de Recursos Humanos

Existem diversos tipos de políticas na GRH. Destaca-se as perspectivas de Chiavenato (1987) e de Neves (2000) – veja-se quadro nº 2.

Quadro nº 2 - Políticas de Recursos Humanos

Chiavenato (1987)	Neves (2000)
1. Políticas de Selecção:	1. Estratégia de RH
- Pesquisa de mercado dos Recursos Humanos;	- Periodicidade de revisão da estratégia
- Recrutamento, Selecção e Integração	- Estatuto do responsável pela GRH
	- Influência na formulação da estratégia e Instrumento de Regulamentação Colectiva do Trabalho
2. Políticas de Aplicação:	2. Gestão de emprego
- Análise e discriminação de funções;	- Planeamento quantitativo e qualitativo dos RH
- Planeamento dos Recursos Humanos;	- Definição dos requisitos básicos
- Plano de carreiras	- Evolução das carreiras profissionais
- Avaliação de desempenho.	- Afectação e des afectação de RH aos postos de trabalho
	- Avaliação do desempenho
	- Auditoria à GRH
3. Políticas de Manutenção:	3. Recrutamento e selecção
- Administração de Salários;	- Análise de mercado
- Plano de benefícios sociais;	- Formas de recrutamento
- Higiene e Segurança no Trabalho.	- Técnicas de selecção
	- Critérios de escolha
	- Plano de integração
	- Testes de selecção
4. Políticas de Desenvolvimento:	4. Formação e Desenvolvimento
- Formação;	- Plano de formação
- Desenvolvimento dos Recursos Humanos;	- Plano de informação e comunicação
- Desenvolvimento Organizacional.	- Avaliação da Eficácia
5. Políticas de Controlo:	5. Manutenção de RH
- Base de Dados;	- Política salarial e de benefícios
- Sistemas de informação;	- Ambiente e condições de segurança no trabalho
- Auditoria dos Recursos Humanos.	- Acção social
	- Relações no trabalho

Fonte: Adaptado de Chiavenato (1987) e Neves (2000)

Ambos os autores identificam cinco tipos de políticas podendo ser encontrados alguns pontos comuns entre elas: pesquisa de recursos humanos, o recrutamento, selecção e integração, carreiras, planeamento dos recursos humanos, avaliação de desempenho, auditoria à GRH, formação, higiene e segurança no trabalho, política salarial e social.

No ponto seguinte ir-se-á destacar algumas das dimensões enunciadas pelos autores referenciados: análise de funções e avaliação de desempenho, sistema de recompensas, sistemas de saúde e segurança no trabalho e formação profissional.

2.1.3.1 Da Análise de Funções à Gestão de Competências

Desde há muitos anos que este foi um dos temas onde os técnicos de recursos humanos ocupavam parte do seu tempo, nunca estando actualizada devido às transformações da sociedade e por conseguinte das pessoas.

Nas várias abordagens dos anos 90, foi rotulada de taylorista e, por isso, a desaparecer das políticas de Recursos Humanos.

Nos estudos mais recentes, são concebidos e desenhados modelos de competências previsionais, criadas estratégias de acordo com as necessidades dos recursos humanos.

Para definir o planeamento estratégico dos recursos humanos, é necessário reunir informação detalhada, ao nível do recrutamento e selecção, de gestão de carreiras, de sistemas de remuneração e incentivos, de sistemas de saúde, de higiene e segurança no trabalho, da formação profissional e desenvolvimento dos trabalhadores.

Para estruturar uma organização têm de se conhecer todos os postos de trabalho e o que se pretende de cada um deles. Segundo Suleman, (1993, p. 279), desde a década de 90 que se assiste a um movimento internacional de revisão de metodologias clássicas de análise dos empregos no sentido de construir instrumentos que permitam apreender e acompanhar a evolução dos empregos e os factores que lhe estão subjacentes.

A ruptura com uma análise exclusiva de tarefas, operações e gestos profissionais constitui um primeiro elemento deste movimento. O segundo remete para uma tendência de a análise das qualificações se deslocar do estudo das tarefas para a análise das competências.

Os métodos da análise dos empregos de inspiração taylorista são caracterizados pelo seu carácter analítico. Pretende-se decompor o posto de trabalho em partes e identificar as qualidades exigidas ao trabalhador para que possa desempenhar a sua função.

Assim, os princípios da Organização Científica do Trabalho, recaem na análise dos empregos através de:

- Estudo de postos de trabalho, sendo entendido por posto de trabalho um conjunto de tarefas com exigências (aptidões, responsabilidades, esforços e condições de trabalho) específicas, confiadas a um ou mais trabalhadores;
- Descrição das tarefas; operações e gestos que são desenvolvidos pelos profissionais e que se distinguem na organização, estando estas operações e gestos definidos criteriosamente;
- As tarefas são analisadas tendo em conta o posicionamento hierárquico do posto de trabalho;
- Método privilegiado, observação directa nos postos de trabalho.

Para além do Taylorismo surgem outros métodos baseados nas tecnologias mais avançadas e da necessidade de tirar maior partido das mesmas.

Na abordagem sócio-técnica a análise dos empregos, situa-se ao nível da descrição de situações de trabalho e não de postos de trabalho. Segundo Jorge (2002, p. 59) situação de trabalho é um conjunto de missões, funções, actividades, tarefas técnicas, humanas, organizacionais, que um individuo assegura, não somente no seu posto de trabalho mas também na relação que estabelece com outras pessoas, outros postos e com uma estrutura de trabalho, uma Organização.

Durante a década de 90, os conceitos de organização sócio-produtiva e sistemas antropocêntricos, surgem no sentido de que uma realidade em constante mutação do trabalho e em que o individuo é o actor principal dos processos de mudança organizacional.

Nos métodos tecnocêntricos a abordagem é centrada nas pessoas, segundo Jorge (2002, p. 59) pensa-se em termos da dupla estruturação dos empregos, e a qualificação dos Recursos Humanos é considerada premissa decisiva para a estruturação dos empregos. As incidências mais significativas, em termos metodológicos das novas abordagens de análise dos empregos remetem para:

- Análise das actividades, entendidas como agrupamento de acções que contêm entre si uma coerência lógica e são identificadas por verbos de acção;
- Análise das competências, tem-se observado uma passagem progressiva do conceito de qualificação para o conceito de competência. Trata-se de conhecimentos e capacidades em “acção”, estando presente o trinómio satisfazer, sabermos e saberdes.
- Abordagem prospectiva dos empregos remete para a apreensão do carácter variável e em constante evolução dos empregos, através da análise das mudanças e dos seus impactos ao nível das actividades de competências.

No mercado de trabalho há que fazer adaptações de competências aos perfis profissionais que se moldem às condições de oferta e procura de mercado.

Neste contexto tem que se abordar ainda a análise de funções que é importante no desenvolvimento de uma organização, uma vez que é necessário organizar, distribuir, orientar o trabalho de acordo com os Recursos Humanos disponíveis. Segundo Rocha (1997, p.94),

“Trata-se de um método que consiste em analisar e avaliar as funções para, por um lado, proporcionar conhecimentos concretos sobre os postos de trabalho e, por outro, determinar a sua importância relativa.”.

Neste sentido, é preciso informação actualizada e constante, para permitir adequar o planeamento de recursos humanos, ao nível de recrutamento e selecção, à gestão de carreiras, aos sistemas de remuneração e incentivos, aos regimes de protecção social, aos sistemas de saúde, à higiene e segurança no trabalho e à formação e desenvolvimento dos colaboradores.

Na opinião de Rocha (1997, p.95) para avaliar e elaborar o esquema estrutural deve-se partir do estudo das funções da organização, contudo isto opõe-se à análise da estrutura que parte do diagnóstico da organização para elaborar o manual de funções. Este último

método é o mais indicado no caso das organizações públicas, uma vez que estas são mais estáticas e resistentes à mudança.

Segundo o mesmo autor (1997, p. 95) o estudo das funções é um instrumento de gestão de recursos humanos que compreende 5 fases:

- Descrição de funções – consiste em efectuar um sumário e um retrato fiel das tarefas, objectivos e responsabilidades de uma função;
- Análise de funções – consiste na recolha de informações sobre uma função de modo, a conhecer por um lado, as tarefas, as obrigações e as responsabilidades de uma função e por outro, os conhecimentos, as capacidades e a experiência que uma pessoa necessita para desempenhar as funções de forma adequada;
- Especificação de funções – elaborar uma listagem dos conhecimentos, das capacidades e da experiência que uma pessoa necessita para desempenhar de forma satisfatória uma função;
- Qualificação de funções – esta fase não se pode dissociar da seguinte pois consistem na determinação do valor relativo de cada função dentro da estrutura da organização, podendo para tal utilizar-se um dos diversos métodos que existem, nomeadamente o método da ordenação de funções, ou o método da graduação de funções, ou o método dos pontos, ou o método dos factores de comparação, ou o método do sistema do período de autonomia, ou o sistema de bandas de decisão, ou o sistema de Hay, entre outros.
- Avaliação de funções

2.1.3.2 Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho é uma das competências das chefias intermédias, já que esta define objectivos com os seus colaboradores para mais tarde serem avaliados e se analisar o seu cumprimento.

A avaliação de desempenho é fundamental para o bom funcionamento da organização, esta permite “*medir o contributo individual e da equipa para atingir os objectivos estratégicos da empresa*” (Câmara, Guerra, Rodrigues, 1997, p. 255).

Este tipo de avaliação é um sistema que pretende melhorar o rendimento e a produtividade das equipas e dos funcionários. Com este processo de avaliação, conhece-se o impacto e o benefício social, permitindo a motivação dos funcionários e das equipas de forma a fazer melhorias contínuas no desempenho do seu trabalho. Segundo Carapeto e Fonseca (2005, p.256),

“(...) a organização deve procurar alcançar um consenso entre dirigentes e funcionários sobre os objectivos e as formas de medir o seu cumprimento. A percepção da justiça e da imparcialidade dos critérios utilizados por parte dos avaliados, depende, em grande medida, dessa participação”.

2.1.3.2.1 Avaliação de Desempenho nos Serviços Públicos

A avaliação é entendida por uma obrigação, por parte dos responsáveis, e não como um “benefício” para a organização. Os responsáveis têm de se empenhar e definir objectivos, e por conseguinte, realizar a “avaliação” ao subordinado.

Relativamente aos profissionais dos serviços públicos, estes são avaliados quanto ao seu desempenho, com base em critérios objectivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade, traduzidos em eficiência. A estrutura e metodologia do processo de avaliação constam do Decreto-Regulamentar n.º 19-A/2004, que regulamenta a avaliação de desempenho da administração pública – SIADAP, criada pela Lei n.º10/2004, de 22 de Março.

Segundo o preâmbulo do referido Decreto-Regulamentar a avaliação do desempenho é:

- *“um instrumento de desenvolvimento da estratégia das organizações, fornecendo elementos essenciais para melhorar a definição das funções, ajustar a formação às necessidades dos trabalhadores, abrir oportunidades de carreira de acordo com as potencialidades demonstradas por cada um e valorizar as contribuições individuais para a equipa”.*
- *“uma das mais poderosas ferramentas para a gestão de recursos humanos”.*

O mesmo decreto refere que o objectivo do SIADAP é melhorar os resultados, ajudando os trabalhadores a atingir níveis de desempenho mais elevados, sendo uma fonte de informação útil para desencadear medidas de desenvolvimento pessoal e profissional.

Com estas novas regulamentações foi criado um instrumento de gestão que, irá permitir identificar desequilíbrios funcionais, deficiências organizacionais, responsabilizar o pessoal e os dirigentes e criar um clima de exigência, de mérito e de transparência na acção dos serviços.

O *SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Avaliação Pública*, foi desenvolvido pela *Hay Group*, empresa que trabalha com os líderes para ajudar as organizações a transformar estratégias em realidade.

O *SIADAP*, visa a responsabilização, desenvolvimento e compromisso dos funcionários, contribuir para a melhoria do desempenho dos serviços e recuperar a sua credibilidade. Segundo Pinheiro (2006) este sistema de avaliação assenta em 5 pilares:

- 1 - O *focus* no resultado - O princípio base do sistema deverá ser a melhoria do serviço ao cidadão, assumindo a avaliação de desempenho como um meio na orientação, capacitação e reconhecimento dos funcionários, e não como um fim para efeitos de recompensa;
- 2 - A universalidade do sistema - Passa a incluir a avaliação dos organismos e dirigentes, para garantir o envolvimento de todos e a credibilidade do processo de avaliação;
- 3 - A objectividade e transparência nos critérios de avaliação - Sendo introduzido um sistema de gestão com base em objectivos acordados no início do ano entre chefia e funcionário, procurando direccionar a actividade e tornar transparentes os critérios e resultados da avaliação;
- 4 - A natureza evolutiva do *SIADAP* - São definidos mecanismos de monitorização dos resultados das avaliações, para assegurar o cumprimento das regras definidas, e impostos momentos de revisão do sistema. Qualquer sistema deve ser desenhado numa perspectiva evolutiva. Rever o sistema ao longo do tempo é tão ou mais importante que construí-lo;
- 5 - A diferenciação do desempenho excelente - Resulta na necessidade de um sistema de quotas, forçando a distribuição das avaliações. Uma decisão polémica, mas necessária para garantir a diferenciação e evitar subversões que, no passado, conduziram à falta de credibilidade na avaliação.

O novo sistema de avaliação de desempenho na Administração Pública integra as seguintes componentes:

- a) Objectivos;
- b) Competências comportamentais;
- c) Atitude pessoal - A avaliação de cada uma das componentes do sistema de avaliação de desempenho é feita numa escala de 1 a 5, devendo a classificação ser atribuída pelo avaliador em números inteiros. O resultado global da avaliação de cada uma das componentes do sistema de avaliação de desempenho é expresso na escala de 1 a 5, correspondente às seguintes menções qualitativas:
 - *Excelente* — de 4,5 a 5 valores;
 - *Muito bom* — de 4 a 4,4 valores;
 - *Bom* — de 3 a 3,9 valores;
 - *Necessita de desenvolvimento* — de 2 a 2,9 valores;
 - *Insuficiente* — de 1 a 1,9 valores.

A classificação final é determinada pela média ponderada da avaliação de cada uma das suas componentes. A adaptação desta escala a corpos especiais e carreiras de regime especial não pode prever ponderação inferior a 40 %, no caso dos objectivos, ou inferior a 30 %, no caso das competências.

O sistema de avaliação do desempenho obedece a instrumentos normalizados e diferenciados em função dos grupos profissionais ou situações específicas, a aprovar por portaria conjunta dos membros do governo da tutela e do responsável pela área da Administração Pública. Os instrumentos referidos anteriormente incluem a definição de cada um dos factores que integram as componentes de competências e atitude pessoal dos diferentes grupos profissionais, bem como a descrição dos comportamentos que lhes correspondem.

A avaliação é da competência do superior hierárquico imediato ou do funcionário que possua responsabilidades de coordenação sobre o avaliado. O processo de avaliação comporta as seguintes fases:

- a) Autoavaliação;
- b) Avaliação prévia;
- c) Harmonização das avaliações de desempenho;
- d) Entrevista com o avaliado;
- e) Homologação;

- f) Reclamação para o dirigente máximo do serviço;
- g) Recurso hierárquico.

No presente momento o SIADAP aplica-se apenas aos funcionários do Regime Geral.

Segundo Pinheiro (2006) “É de salientar que a Administração Pública não efectuou projecto-piloto, o que tem vindo a denotar alguma resistência na sua implementação”.

2.1.3.3 Sistemas de Recompensa

Os sistemas de recompensa são a forma encontrada pelos responsáveis das organizações para que os colaboradores se mantenham motivados, empenhados e com vontade para diariamente colaborar com a organização, para que se consigam atingir os objectivos da mesma.

“Por sistemas de recompensa entendem-se as contrapartidas materiais ou imateriais que os colaboradores auferem pela qualidade do seu desempenho, contribuindo assim para o desenvolvimento da organização” (Câmara, Guerra, Rodrigues, 1997, p. 299).

As pessoas precisam de motivação para realizarem o seu trabalho, se a recompensa não for material é importante que se sintam reconhecidas pelo trabalho realizado. Segundo Câmara, Guerra e Rodrigues (1997, p.299) *“O grande teste da eficácia do sistema está no grau de satisfação no trabalho e na redução dos índices de insatisfação como o absentismo, a baixa produtividade e a rotação de pessoal”*.

Os colaboradores precisam de se sentir por um lado úteis, com a colaboração que prestam à organização, por outro lado recompensados pelo trabalho e tempo que dedicam para a realização do trabalho que lhes foi atribuído. *“O sistema de incentivos tem de responder às expectativas dos indivíduos e grupos da organização”* (Neves, 2002, p. 155).

Para que se conheçam as expectativas dos indivíduos é necessário definir os objectivos, saber onde a organização pretende chegar. Cada colaborador tem de participar neste processo de definição de objectivos, para que se sinta motivado no desempenho das suas funções e por conseguinte as desenvolva da melhor forma possível e com o maior grau de eficiência.

2.1.3.3.1 Sistema de Recompensa na Administração Pública

Na Administração Pública o processo é diferente das empresas privadas, a recompensa, pode ser formal ou informal, devendo esta partir do dirigente responsável. Este sistema de reconhecimento de recompensas para que tenha bons resultados deve ser credível. O reconhecimento informal pode-se encontrar no dia a dia, pela confiança, pelo elogio, pelo manifestar das relações interpessoais. O reconhecimento pessoal através do elogio reforça o êxito e a satisfação no trabalho. Segundo Carapeto e Fonseca (2005, p.256),

“Muitas vezes o elogio, o reconhecimento informal é extremamente importante se se quer suscitar a satisfação pelo esforço no trabalho. É uma atitude que reforça a identificação com a organização e a sua missão e serve de base ao reconhecimento formal”.

Pelo reconhecimento informal, chega-se ao reconhecimento formal, que resulta de actividades planeadas, um prémio de excelência e actividades de reconhecimento que tenham origem nos Ministérios.

Ao nível do reconhecimento deve-se ter em conta alguns critérios de qualidade que podem ser observados no quadro nº 3.

Quadro nº 3 – Critérios de Qualidade das Práticas de Reconhecimento

Critério	Significado
Sinceridade	A expressão do reconhecimento deve ser autêntica. Os gestores devem poder identificar tanto as fraquezas como os pontos fortes dos funcionários.
Reactividade	O reconhecimento deve ser manifestado o mais rapidamente possível, após o acto, o comportamento ou o resultado no trabalho.
Proximidade Hierárquica	O reconhecimento será tanto mais eficaz quando seja expresso por superior hierárquico de um nível próximo. Há excepções segundo as situações e os indivíduos: o reconhecimento de uma pessoa ocupando o lugar largamente superior poderá constituir uma grande fonte de orgulho.
Variabilidade	É importante manter uma certa diversidade nas formas e nas práticas do reconhecimento. Este deve ser expresso através de um leque de formas que é necessário reinventar constantemente porque também as expectativas das pessoas modificam constantemente.
Personalização	O reconhecimento deve ser feito por medida, adaptado às características das pessoas e dos grupos.
Legitimidade	As fontes de reconhecimento devem ser significativas e credíveis aos olhos de quem recebe o testemunho.
Especificidade	O reconhecimento deve ser formulado de forma precisa sublinhando uma realização, um esforço ou um acontecimento particular.
Coerência	As práticas de reconhecimento, sobretudo no caso de recompensas, devem estar em ligação com os objectivos e as prioridades da organização. Por outro lado, as palavras e os discursos dos membros da organização devem estar em concordância com os seus gestos e as medidas que adoptam.

Fonte: Carapeto e Fonseca (2005) adaptado de Brun e Dugas (2002)

2.1.3.4 Sistemas de Saúde e Segurança no Trabalho - Qualidade de Vida no Trabalho

As políticas de saúde e higiene de trabalho são importantes e necessárias para o desenvolvimento dos indivíduos no local de trabalho. Segundo Jorge (2002, p.73) a Higiene no Trabalho “*refere-se a um conjunto de normas e procedimentos que visam a protecção da integridade física e mental de um trabalhador, preservando-o dos riscos de saúde inerentes às tarefas do cargo e ao ambiente físico onde são executadas.*”.

Um bom ambiente de trabalho proporciona aos funcionários saúde tanto ao nível físico como psicológico. Assim, as pessoas têm que se sentir seguras no local de trabalho, em espaços limpos, arejados, com luminosidade e em segurança.

Na opinião de Jorge (2002, p.73) a qualidade de vida no trabalho,

“na perspectiva da abordagem sócio-técnica exprime o alargamento do conceito de condições de trabalho das condições técnicas e do clima social para o conteúdo do trabalho, a formação, a comunicação e a participação na solução de problemas de trabalho e nas decisões relacionadas com o mesmo”.

A organização deve procurar desenvolver e manter um ambiente de trabalho adequado para proporcionar um bem-estar físico e psíquico dos funcionários.

Os colaboradores não se podem sentir pressionados, nem perturbados a nível emocional, necessitam de estabilidade para desempenhar as suas funções com qualidade. Esta situação implica que sejam abordados aspectos como a saúde propriamente dita, a segurança e a ergonomia. A Ergonomia procura melhorar a qualidade do espaço onde os indivíduos trabalham.

A Associação Internacional de Ergonomia divide a ergonomia em três domínios de especialização. São eles:

Ergonomia física - lida com as respostas do corpo humano à carga física e psicológica. Tópicos relevantes, incluem, manuseio de materiais, arranjo físico de postos de trabalho, procura do trabalho e factores tais como a repetição, vibração, força e postura estática, relacionada com desordens músculo-esqueléticas.

Ergonomia cognitiva - também conhecida por engenharia psicológica, refere-se aos processos mentais, tais como a percepção, a atenção, a cognição, o controle motor e o armazenamento e a recuperação de memória, como eles afectam as interacções entre seres humanos e outros elementos de um sistema. Tópicos relevantes, incluem, a carga mental de trabalho, a vigilância, a tomada de decisão, o desempenho de habilidades, o erro humano, a interacção ser humano-computador e treino.

Ergonomia organizacional ou macro ergonomia - relacionada com a optimização dos sistemas socio-técnicos, incluindo a sua estrutura organizacional, políticas e processos. Tópicos relevantes, incluem, trabalho por turnos, programação de trabalho, satisfação no trabalho, teoria motivacional, supervisão, trabalho em equipe, trabalho à distância e ética.

De acordo com Cox (1993) a vivência do stress no local de trabalho *“tem consequências indesejáveis para a saúde, segurança e bem-estar dos indivíduos, mas também para o bom funcionamento das organizações”*.

Quando estas questões de higiene e saúde no local de trabalho são descuradas, surgem problemas diversos com os colaboradores: *“os custos da não observância das regras e higiene no trabalho, passam pela diminuição das capacidades produtivas, afastamento temporário dos colaboradores do desempenho das suas actividades e pelo afastamento permanente dos mesmos dos contextos de trabalho”* (Jorge, 2002, p. 72).

2.1.3.4.1 Qualidade de Vida no Trabalho nos Profissionais da Saúde

Os profissionais da saúde são mais susceptíveis ao stress no trabalho, pois lidam diariamente com doença, sofrimento e até morte das pessoas com quem falam regularmente. Assim, é necessário reforçar a ideia de que nos serviços da Administração Pública, nomeadamente o atendimento ao público, *“tais situações estão, comprovadamente, entre as de maior tensão psíquica por diversos factores, tais como:*

- *a necessidade de auto-controlo e de compreensão do utente;*
- *a necessidade de domínio das capacidades operacionais em causa (identificar o serviço concreto a disponibilizar face à necessidade real do utente);*
- *quantas vezes, a necessidade de encontrar uma saída para uma situação não contemplada no sistema”* (Neves, 2002, p. 148).

Esta situação afecta a saúde, a qualidade de vida e o rendimento dos profissionais, tendo por isso repercussões junto dos utentes. Os profissionais na área da saúde têm que ter em atenção o seu estado de saúde, pois não podem permitir, que o seu estado clínico ponha em risco a saúde dos cidadãos. Por outro lado, segundo Pisco (2004)

“o Serviço Nacional de Saúde sendo um dos maiores empregadores nacionais, tem de encarar seriamente este problema como um verdadeiro problema de

saúde pública, com custos elevados para a economia nacional, nomeadamente pelo número de aposentações precoces que ocasiona e com todas as consequências económicas e sociais que isso implica”.

Hoje em dia, a Administração Pública portuguesa, já possui princípios relativos à segurança, higiene e saúde no trabalho que constam nos: Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de Novembro, Decreto-Lei nº26/94 de 1 de Fevereiro e Decreto-Lei nº488/99, de 17 de Novembro, contudo ainda não são aplicados para que os colaboradores se sintam mais tranquilos e seguros tanto ao nível de condições de trabalho, como instalações, como medicina do trabalho.

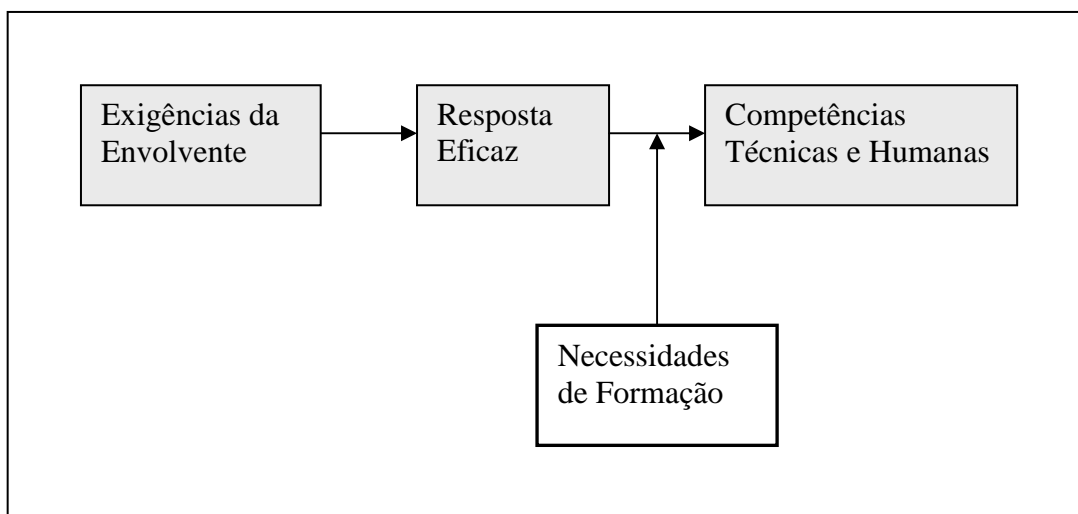
2.1.3.5 Formação Profissional e Desenvolvimento dos Colaboradores

A formação profissional é cada vez mais exigida pelas empresas, pois cada funcionário pode aumentar os seus níveis de produtividade, manter e melhorar a sua competitividade, fazendo acções de formação em áreas específicas para desenvolver os seus conhecimentos.

A formação para ser um instrumento da Gestão de Recursos Humanos deve ser enquadrada na estratégia da empresa. As necessidades de formação de cada empresa surgem através do diagnóstico da envolvente de forma a serem identificadas as exigências. Com base nesta análise e nas respostas que a organização pode dar são definidas as competências a exigir aos recursos humanos. As necessidades de formação são assim identificadas através do *gap* entre as exigências e o potencial existente na organização (veja-se figura nº1).

Segundo Câmara, Guerra, Rodrigues (1997), baseado nos dados do IEFEP a carga horária e o investimento em formação teve um grande aumento, na década de 90. Mesmo com este empenho por parte das pequenas e médias empresas na formação profissional esta continua a não ser a ideal. *“Os responsáveis dos Recursos Humanos consideram a formação dos funcionários como uma prioridade nas empresas. Assim, as principais áreas a desenvolver são: a Informática, a Qualidade, o Marketing e a Estratégia”* (Câmara, Guerra, Rodrigues, 1997, p. 321).

Figura nº 1 - As necessidades de formação resultado das exigências de uma resposta eficaz à envolvente



Fonte: Câmara, 1997, p. 319

A formação para melhorar o desempenho pode ser encontrada no interior e/ ou exterior da organização. *“As empresas necessitam de quadros com as competências necessárias à flexibilidade que as acções para o exterior exigem”* (Câmara, Guerra, Rodrigues, 1997, p. 319). A organização deve incentivar os funcionários com a formação, dando-lhes apoio para que cada colaborador se sinta interessado e motivado a participar nas acções de formação que muitas vezes são promovidas pelas associações de desenvolvimento local, nomeadamente cursos de informática, inglês, gestão de conflitos. *“Em qualquer caso, a formação planeada deve basear-se nas necessidades, actuais e futuras, quer dos indivíduos, quer da organização. Porque a aprendizagem é uma responsabilidade partilhada pelo indivíduo (disponibilidade para aprender) e pela organização (oferecer um ambiente favorável à aprendizagem)”* (Carapeto, Fonseca, 2005, p. 232).

As empresas devem fazer um diagnóstico das lacunas existentes na organização relativamente à formação. Após a formação devem ser avaliados os impactos que esta teve com os indivíduos envolvidos, sendo os resultados só visíveis a médio prazo.

Segundo Câmara, Guerra e Rodrigues (1997, p.325) o grande objectivo da formação é *“maximizar a eficácia e o desenvolvimento organizacional e portanto gerar mais valias para a organização. Uma das dificuldades ligadas aos*

objectivos da formação é encontrar formas de medir eficazmente os seus resultados, na medida em que, frequentemente, estes só surgem a médio prazo (...)”.

Para conhecer os impactos que a formação teve no desempenho dos indivíduos ou no desenrolar dos processos de trabalho, podem ser feitos estudos à satisfação dos consumidores, e fazer a comparação, com os resultados que se conheciam anteriormente.

A formação profissional deve ser vista como um investimento e preservação do capital mais importante duma instituição – os seus recursos humanos. O seu objectivo é o desenvolvimento das capacidades dos recursos humanos para poder alcançar maiores níveis de eficácia e eficiência e melhor qualidade de serviços. A formação profissional é um direito extensível a todos os sectores profissionais do Centro de Saúde. Também neste campo, as desigualdades são cada vez maiores, o que importa contrariar, implementando planos de formação que incluam todos os profissionais e que sejam definidos segundo as necessidades reais da instituição. A formação profissional, não sendo um fim em si mesmo, constitui um meio para alcançar determinadas finalidades e, por isso, possui um carácter estruturante, integrador e eminentemente estratégico.

As actividades de formação contínua devem fazer parte das actividades quotidianas duma instituição, integradas numa lógica de melhoria contínua do desempenho. A formação contínua deve ser prevista em planos individuais que, por sua vez, devem ser incorporados no plano de formação das organizações, podendo estas acções de formação ser internas, ou externas. Neste sentido, cabe aos coordenadores das várias unidades e à direcção técnica das instituições garantir a concretização com eficácia deste requisito e a sua avaliação. “*A gestão, monitorização e avaliação da formação são necessárias para assegurar que o investimento em formação tem um impacte mensurável na concretização dos objectivos estratégicos da organização*” (Carapeto, Fonseca, 2005, p. 233). Os funcionários procuram as acções de formação no exterior, junto de organizações e/ou associações locais, que muitas vezes as promovem para activos empregados. Por outro lado a AP não promove muitos dos cursos que seriam importantes para o desempenho dos seus colaboradores o que leva a que os interessados na formação tenham de suportar os custos das acções de formação/cursos em que participam.

As áreas das acções de formação são diversificadas destacando-se a Informática, Microsoft (Word, Excel, PowerPoint) na óptica do utilizador e introdução à navegação na *internet*. Cada colaborador dedica tempo pós-laboral e/ou laboral para adquirir mais conhecimentos e competências no desenvolver do seu trabalho. Quanto mais o profissional investir na sua autoformação, no desenvolvimento das suas competências, mais elevada será a sua performance. A valorização da força de trabalho é atingida através da formação que eleva a eficiência do trabalho e contribui para o aumento da produtividade.

2.1.3.6 Síntese

Os responsáveis pela Gestão de Recursos Humanos devem encorajar os seus colaboradores a prepará-los para conseguirem os seus objectivos. Os recursos humanos, são a única vantagem competitiva sustentável numa organização, isto é, é através das pessoas que trabalham na organização que é possível fazer a diferença na mesma.

Foram analisados dois autores relativamente às políticas na GRH, Chiavenato (1987) e Neves (2000). Estes identificam cinco tipos de políticas, podendo ser encontrados alguns pontos comuns entre elas: a pesquisa de recursos humanos, o recrutamento, a selecção e integração, a carreira e o planeamento dos recursos humanos, avaliação de desempenho, auditoria à GRH, formação, higiene e segurança no trabalho, política salarial e social.

A Análise de Funções foi referenciada neste capítulo, uma vez que para se poder fazer a GRH é necessário conhecer a função de cada colaborador na organização, por um lado para que o gestor de RH saiba o que cada colaborador faz e por outro para rentabilizar os RH da melhor maneira possível.

.

A Avaliação de Desempenho, cada vez mais se torna relevante nas organizações, pois é um dos instrumentos que se conhece para melhorar tanto o trabalho individual, como o das equipas. Com a avaliação de desempenho pretende-se fazer a avaliação dos colaboradores de modo a que estes possam identificar as suas falhas e melhorar o seu desempenho. A Avaliação de Desempenho nos Serviços Públicos, é feita de forma especial, uma vez que se está a introduzir na Administração Pública o *SIADAP*.

Os Sistemas de Recompensa, também foram um dos aspectos abordados uma vez que os colaboradores necessitam de contrapartidas materiais ou imateriais, para se sentirem motivados e empenhados na realização das suas tarefas.

Os Sistemas de Saúde e Segurança no Trabalho, são mais um dos aspectos a considerar na organização dos RH, uma vez que os colaboradores têm de se sentir seguros e em instalações confortáveis para que possam desempenhar o seu trabalho.

Por fim, surge a Formação Profissional que é hoje em dia de grande relevância, cada vez mais temos um mercado de trabalho competitivo e cada indivíduo deve obter o maior nível de competência para a execução das suas tarefas, para que as faça no menor tempo possível e com a melhor qualidade.

2.1.4 Variáveis Contextuais da Gestão de Recursos Humanos

A grande questão que se coloca aos gestores de recursos humanos é a de tentarem compatibilizar e otimizar a interacção entre objectivos organizacionais e pessoais. Neste contexto torna-se necessário dar relevância à motivação, liderança, cultura e clima organizacional.

2.1.4.1 Motivação e Participação

A motivação e a participação são as variáveis às quais vai ser dada uma ênfase mais significativa no decorrer deste estudo, relativamente à qualidade da prestação de serviços dos Administrativos nos Centros de Saúde em estudo, pois partimos do pressuposto que existe uma estreita relação entre os níveis de motivação e participação dos colaboradores nos processos de trabalho e a qualidade dos serviços prestados.

Na opinião de Bilhim, (2004, p.317) a motivação é *“a vontade de exercer elevados níveis de esforço para que a organização alcance os seus objectivos, esforço esse que é condicionado pela forma como esta satisfaz algumas das necessidades dos indivíduos”*.

A motivação é um estado que impulsiona uma pessoa a agir de determinada forma. Segundo Neves, (2002, p.119),

“O grau de motivação depende da adaptação das características do trabalhador às funções/ papel que lhe estão confiadas na organização, ou seja, de factores intrínsecos ao trabalho. A motivação só pode ser melhorada alterando o conteúdo do trabalho ou afectando o trabalhador a um lugar mais adequado à sua apetência e capacidades”.

A motivação segundo Cunha et al (2003, p.103) pode ser:

- intrínseca – “A motivação intrínseca refere-se aos comportamentos de trabalho que são estimulados pelo entusiasmo que o trabalho em si mesmo suscita naquele que o executa”; ou
- extrínseca – “A motivação extrínseca é entendida como sendo os comportamentos em que as pessoas levam a cabo com a finalidade de obter alguma recompensa material ou social, ou para evitar alguma forma de punição”.

As pessoas são diferentes por isso manifestam diferentes comportamentos no trabalho. Para auxiliar a compreensão da motivação humana têm sido desenvolvidos diversos trabalhos que deram origem a diversas teorias e modelos. Cunha et al. (2003, p.103) desenvolveram uma taxonomia das teorias da motivação que cruza dois critérios. O primeiro critério distingue teorias de conteúdo e teorias de processo. O segundo faz a distinção entre as teorias gerais da motivação humana e as teorias específicas, veja-se quadro seguinte.

Quadro nº 4 - Taxonomia das teorias de motivação

	Teorias Gerais	Teorias Organizacionais
Teorias de Conteúdo	<ul style="list-style-type: none">• Hierarquia das Necessidades• Teoria ERG• Teoria dos motivos	<ul style="list-style-type: none">• Teoria bifactorial• Teoria das características da função
Teorias de Processo	<ul style="list-style-type: none">• Teoria da equidade• ModCO	<ul style="list-style-type: none">• Definição de objectivos• Teoria das expectativas• Teoria da avaliação cognitiva

Fonte: Adaptado de Cunha et al (2003, p. 103)

Segundo Cunha et al. (2003, p. 103) as teorias de conteúdo “*procuram explicar a motivação através da análise dos motivadores: o que motiva as pessoas? As teorias de processo analisam a motivação de uma forma mais dinâmica, procurando sobretudo resposta para a questão: como se desenrola o comportamento motivado?*”. Segundo os mesmos autores as teorias gerais são aquelas que se referem “*a aspirações genéricas dos seres humanos, ou seja, que não se centram exclusivamente no trabalho e no comportamento organizacional*”, as teorias organizacionais são as que incidem “*directamente sobre o comportamento organizacional*”.

Estas teorias e modelos estão relacionados com o comportamento dos indivíduos em contextos de trabalho e a forma de os motivar, a fim de fazer convergir os objectivos individuais com os objectivos organizacionais. As teorias da motivação constituem generalizações acerca do porquê e como de um comportamento orientado de certa forma. Na opinião de Jorge (2002, p.82) “*O comportamento é o conjunto de operações fisiológicas, motoras, verbais e mentais, que determinam acções, atitudes e relações do indivíduo, por força de um impulso motivacional de natureza psicológica*”. Há que ter em conta que existem muitos outros factores que afectam as *performances* dos indivíduos no que respeita ao seu trabalho, logo a motivação é apenas uma entre muitas explicações do comportamento humano em geral e do comportamento relacionado com o trabalho, em particular.

De forma sintética, estas teorias, segundo Cardoso (1997, p.165) permitem tirar algumas conclusões sobre a forma de motivar os colaboradores:

- Dinheiro – é indispensável para atingir um nível de vida satisfatório. Normalmente é utilizado como meio de assegurar o pessoal que interessa à empresa em vez de ser utilizado como factor motivador, ou seja premeia-se a sobrevivência em vez do mérito. Esta é uma das questões muito discutidas no âmbito da gestão dos recursos humanos, ou seja saber se o dinheiro motiva. Segundo João Bilhim (2004, p.332), o dinheiro parece motivar certas pessoas em certas circunstâncias. Todavia não parece contribuir para o aumento da sua realização. Para que o dinheiro motive, é necessário que ocorram certas condições: ser importante para o individuo, ser percebido como estando relacionado com a sua performance; ser significativo o montante atribuído; ser atribuído de forma discreta (fora das grelhas salariais),

quando se trata de indivíduos com elevada capacidade de realização. Assim, cada organização tem de saber como gerir as motivações humanas dos seus quadros, para que os seus colaboradores tenham um melhor desempenho.

- Participação – conduz quer à motivação, quer ao desenvolvimento das pessoas. Garante reconhecimento, afiliação e confere sensação de auto-realização. Para manter a satisfação e motivação dos colaboradores é fundamental que as Organizações tenham o cuidado de fazer aumentar o espírito de pertença dos mesmos. Ao introduzir mudanças nas organizações, estas devem ser feitas com a envolvência dos colaboradores, se forem feitas pelo topo, os indivíduos não se sentem envolvidos na Organização. Segundo Jorge (2002, p.87) *“A participação e envolvimento dos trabalhadores no processo de mudança é imprescindível para conseguir a sua adesão e esbater, ao máximo, os focos de resistência à mudança”*. Neste sentido Neves (2000, p. 137) refere que: *“Nas nossas organizações, com fraca prática de participação é mais fácil exigí-la do que praticá-la. Participar exige, também, de quem é chamado ou tem oportunidade de participar, não apenas vontade, mas ter e pôr em comum ideias, análises e conhecimentos aplicáveis a situações concretas”*. Segundo Carapeto e Fonseca (2005, p.253) a gestão de uma organização deve, *“estar preparada para partilhar alguns dos seus poderes e responsabilidades e para ouvir os pontos de vista dos seus funcionários e actuar de acordo com as suas sugestões. Para tal, devem ser utilizados todos os meios, desde os inquéritos à satisfação, aos esquemas de sugestões até ao trabalho em equipa. Só com a participação das pessoas no processo de qualidade esta será efectivamente implementada: as pessoas devem entender qual o seu papel no processo, ser encorajadas a gerir e desenvolver a qualidade dentro das respectivas esferas de responsabilidade e receber feedback, através de uma comunicação activa dos resultados das suas actividades”*. As organizações devem encontrar formas de participação ágeis e produtivas, sendo a descentralização e a delegação de poderes duas das formas ao dispor da organização para tornar a tomada de decisão participada.
- Job enrichment – Consiste em dar maior capacidade de decisão aos colaboradores, encorajar a participação, dar a sensação de responsabilidade pelas tarefas, dar informação sobre o desempenho, envolver os colaboradores na análise e alteração de aspectos relacionados com o ambiente físico de trabalho.

Para conseguir a motivação dos colaboradores os responsáveis podem optar por várias técnicas e estratégias na organização, otimizando assim a produtividade e por conseguinte os resultados.

2.1.4.2 Liderança

Também sobre este tema existem diversas teorias/abordagens (Traços físicos e personalidade, estilos de liderança, abordagens situacionais ou contingenciais à liderança, abordagens de Peter Drucker, Gifford Pinchot e Edgar Schein), inicialmente era apenas considerada a função do líder, ou seja os seus traços de personalidade, e, mais tarde, o estilo que deveria ser adoptado para se conseguir uma liderança eficaz.

Quando se está perante um grupo de pessoas, encontram-se vários tipos de personalidades e pessoas com características diferentes. Num grupo, pode destacar-se alguém com um comportamento mais persuasivo, que leva os outros membros do grupo, ou quase todos, a agir de acordo com as suas ideias. Segundo Yukl citado por Cunha (2003, p.268) a liderança é

“um processo através do qual um membro de um grupo ou organização influencia a interpretação dos eventos pelos restantes membros, a escolha dos objectivos e estratégias, a organização das actividades de trabalho, a motivação das pessoas para alcançar os objectivos, a manutenção das relações de cooperação, o desenvolvimento das competências e confiança pelos membros, e a obtenção de apoio e cooperação de pessoas exteriores ao grupo ou organização”.

O indivíduo que consegue arrastar um grupo é líder logo, tem características de líder. Os líderes podem demonstrar diversas qualidades (veja-se quadro nº5). A este nível Cunha (2003, p. 269) refere que os líderes *“são carismáticos e inspiradores, tomam riscos, são dinâmicos e criativos, sabem lidar com a mudança, são visionários”.*

Quadro nº 5 - Qualidades Pessoais do Líder

Qualidade	Significado
Vitalidade/Resistência ao Stress	<p>Conservam um julgamento são e a capacidade de tomar decisões esclarecidas adoptam uma atitude positiva em caso de crise e em face de outras fontes de stress.</p> <p>Conhecem os seus limites pessoais e a carga de trabalho máxima que suportam.</p> <p>Recorrem pessoalmente a estratégias e práticas de gestão que minimizem ou eliminam os efeitos de cargas de trabalho <i>stressantes</i> e encorajam os outros a adoptá-las (v.g. planificação prudente, clarificação das prioridades, negociação dos prazos).</p>
Ética e Valores	<p>Têm um comportamento que é testemunha da ética e dos valores do serviço e da administração pública.</p> <p>Permanecem imparciais e objectivos quando se trata de servir o interesse público.</p>
Comportamento Flexível	<p>Sabem adoptar as orientações, prioridades e estruturas às necessidades que mudam.</p> <p>Reagem bem a pressões que mudam, internas e externas.</p> <p>Reagem rapidamente a novas possibilidades e riscos.</p> <p>Sabem adaptar o seu estilo de vida.</p>
Personalidade	<p>Estabelecem objectivos de trabalho ambiciosos mas realizáveis para si e para o serviço.</p> <p>Fazem prova de perseverança na realização dos objectivos, apesar dos obstáculos.</p> <p>Fazem um auto-exame objectivo de forma a compreender os seus pontos fortes e fracos.</p>
Confiança em si	<p>Correm riscos e assumem a responsabilidade pelos resultados.</p> <p>Dão mostras de segurança nas suas decisões, sem se mostrar arrogantes ou condescendentes.</p> <p>Reagem de forma construtiva a um exame minucioso e às críticas que se dirigem a si e à sua organização.</p> <p>Não hesitam em exprimir e defender as suas ideias e pontos de vista perante os seus superiores, os seus pares, os seus parceiros e outros intervenientes, sem controlo, mesmo em caso de desacordo.</p>

Fonte: Adaptado por Carapeto e Fonseca (2005) de Secrétariat du Conseil du Canada (2000) e Slivinski, Forster (s.d.)

Segundo Neves (2000, p.133) *“Não é possível pedir a uma só pessoa que seja capaz de influenciar em todos os seus domínios”*. Neste sentido, é possível encontrar em diversas organizações liderança grupal em vez de liderança individual. *“Quando o objectivo é estimular e facilitar a mudança organizacional, devemos estar cientes de que se deve investir num trabalho específico sobre a mudança de mentalidades”*. Uns indivíduos conseguem ter influência a partir da sua iniciativa, da sua criatividade, da sua capacidade de relação em domínios específicos, do seu relacionamento colectivo. Ao nível da Administração Pública, o que está na origem das boas práticas de gestão são as equipas de trabalho e as lideranças fortes. *“Significa que esta é uma condição sem a qual não vale a pena querer bons resultados. A questão é, como garantir lideranças fortes? Esta questão coloca duas outras: escolher a pessoa certa e incentivar os mecanismos que permitem o aparecimento e desenvolvimento de capacidades de liderança. As organizações sentem dificuldades em encontrar líderes, não devem esperar que estes venham do exterior, “sem lideranças que inspirem os comportamentos colectivos, dificilmente as organizações conseguem bons resultados”* (Neves, 2000, p. 133 e 134).

Pode chamar-se líder àquele que “antecipa o futuro, cria uma imagem do resultado a alcançar e, para ser seguido, partilha a sua visão com os colaboradores e motiva-os para a alcançar. Se os outros não o seguirem, não existe líder” (Duluc, 2001, citado por Carapeto, 2005, p. 81). De acordo com tudo isto o líder é o indivíduo que naturalmente, sem esforço, faz com que os colaboradores partilhem das suas ideias.

Segundo alguns autores o conceito de gestão e de liderança têm o mesmo significado, contudo segundo Hughes et al citado por (Cunha et al, p. 269), *“os gestores são mais racionais, trabalham mais com a cabeça do que com o coração, lidam com a eficiência, o planeamento, os procedimentos, os controlos e os regulamentos*. O mesmo autor, refere ainda que *“a frieza e racionalidade do gestor tornam-no inacessível, desinteressado e manipulador. Por seu turno, os líderes atraem fortes sentimentos de identidade e de diferenciação, amor ou ódio”* (Cunha et al, p. 271. Segundo Marques (2001, p.VI) *“A gestão tem a ver com a optimização dos recursos, a liderança com o desenvolvimento das competências das pessoas e da sua acção.”* No quadro que se segue pode-se observar as diferenças entre estes dois conceitos.

Quadro nº 6 - Gestores e Líderes

Gestores	Líderes
Rendem-se à situação	Procuram agir sobre a situação
Administram	Inovam
Questionam-se sobre o como e o quando	Questionam-se sobre o quê e o porquê
Têm perspectivas de curto prazo	Têm perspectivas de longo prazo
Imitam	São originais
As competências de gestão podem ser ensinadas/aprendidas	As competências de liderança não podem ser ensinadas/aprendidas

Fonte: Adaptado de Bennis (1989)

De acordo com o que defende Schein (1983) o papel de líder significa que este se deve tornar numa fonte de visão, energia e dinamismo para a organização; ser criador da cultura da empresa ao transferir os seus valores para os restantes colaboradores; manter e conservar essa cultura; e transformar-se em agente de mudança. Hoje em dia os líderes devem dedicar um grande esforço a este último factor.

2.1.4.3 Cultura e Clima Organizacional

Se recorrermos à antropologia da palavra, de uma forma generalista, cultura é definida como fazendo parte do meio social, sendo realçada no modo de vida, tendo em conta o saber, as crenças, a arte, a moral, a lei, os costumes, os hábitos, etc., que são adquiridos pelo homem enquanto membro de uma comunidade. Esta definição originou que existissem duas principais formas de abordagem em relação à cultura, no que diz respeito à discussão da sua problemática: uma que define a cultura como sendo uma corrente de padrões culturais e outra que encara a cultura como um estrutura cultural. A primeira considera que são os indivíduos, interagindo entre eles, que criam determinados padrões de cultura, os quais vão sendo repetidos e padronizados, levando a uma aceitação mútua e alastrante. A segunda parte do pressuposto que a cultura parte das relações sociais, sendo que os indivíduos, na sua interacção, geram determinados comportamentos e pensamentos

que, na maioria dos casos, não são observáveis, mas que vão criando e erguendo uma cultura.

Em cada organização, a cultura é dada como certa, implícita, intangível, onde são desenvolvidos pressupostos, compreensões e regras que orientam o comportamento de trabalho. Isso cria um conjunto de “normas”, as quais não se encontram escritas, mas que traduzem o “carisma” na organização. Até existir uma apreensão dessas regras, os novos empregados não são membros de pleno direito dentro da organização. Os comportamentos que desrespeitam a cultura da organização resultam na desaprovação e penalização, pois a cultura é considerada como uma base dentro da grande teia que é a estrutura organizacional.

No quadro nº 7 podem ser observadas diversas definições de cultura.

Quadro nº 7 - Definições de Cultura

Definições	Autores
“O conjunto de valores, crenças e sentimentos que, juntamente com os artefactos da sua expressão e transmissão (tais como os mitos, símbolos, metáforas e rituais), são criados, herdados, partilhados e transmitidos no interior de um grupo de pessoas e que, em parte, distinguem esse grupo dos demais grupos.”	COOK e YANOW (1993, p. 379)
“A cultura é um conjunto de assunções implícitas partilhadas e tomadas como verdadeiras que um grupo possui e que determina o modo como ele percebe, pensa e reage aos seus vários ambientes.”	SCHEIN (1996, p. 236)
“É um processo de aprendizagem. Uma organização tem a sua própria história e tradição, assim comporta um saber-fazer acumulado, que lhe dão um sentido de desenvolvimento e evolução. Contendo, de forma mais ou menos elaborada, sistemas para interpretar, categorizar e memorizar as experiências colectivas, que utiliza como guias de acção no dia-a-dia, a cultura organizacional constitui um património simbólico e experiencial comum, com o qual os seus membros se identificam e representa uma forma de aprendizagem organizada. Por isso, não é fácil mudar de cultura, desprender-se de pontos de referência profundamente enraizados, abandonar o que deu bons <i>resultados</i> .”	GOMES (2000, p. 115)

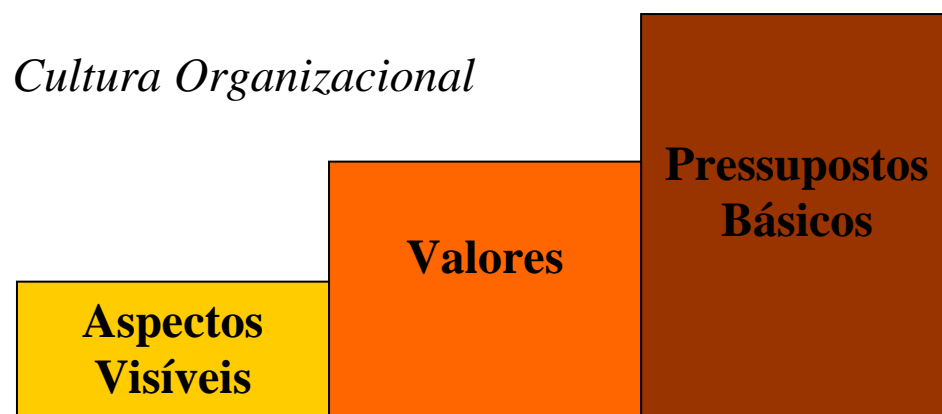
Fonte: Adaptado de Cunha et al (2003, p. 531)

Uma das definições que traduz e valida a interpretação anterior é a de Schein (1983, p.3), que diz: “*cultura organizacional é o padrão de pressupostos básicos que um dado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu, aprendendo a lidar com os problemas de adaptação externa e de integração interna, e que têm funcionado suficientemente bem para serem considerados válidos e serem ensinados aos novos membros como o modo correcto de compreender, pensar e sentir, em relação a esses problemas*”.

Sendo assim, e analisando o padrão de pressupostos básicos que está na afirmação anterior, poderemos dizer que a cultura organizacional por ser evidente em diferentes patamares (veja-se figura nº2):

- O primeiro patamar está relacionado com os aspectos visíveis e tangíveis, tais como a arquitectura dos edifícios, a tecnologia utilizada, a forma de vestir, falar e se comportar. Assim, um dos aspectos fundamentais é a imagem que é produzida pelas pessoas e pelos objectos dentro da estrutura da organização.
- O segundo patamar que está relacionado com os valores, que directamente não são visíveis mas que obrigam a um nível de consciência e de comportamentos por parte de todos os membros da organização.
- O terceiro patamar, o qual é invisível mas que é indiscutível que são os pressupostos básicos que já estão subjacentes dentro da organização.

Figura 2 – Estrutura da Cultura Organizacional



Fonte: Elaboração própria, adaptado de Schein (1983)

O primeiro patamar é dúbio, ou seja, os factos são fáceis de validar, de observar, de verificar, mas existe uma grande dificuldade em interpretar o porquê desses aspectos visíveis, pois a sua análise é subjectiva. E, por esse motivo, pela dificuldade dessa análise, existe a tendência para recorrer automaticamente aos valores. No entanto, os valores também não são fáceis de analisar, existindo uma necessidade de recorrer ao contacto directo com os “actores” da organização, através de conversas, entrevistas, questionários e análise dos documentos por si produzidos. Toda esta análise fica um pouco nublada devido a que, tradicionalmente, as pessoas introduzem a ideia dos valores que para elas seriam os ideais e não os reais valores da organização. Manifestamente existe a vontade de manifestar o comportamento ideal e não o real. Por esse motivo, torna-se fundamental perceber os pressupostos básicos que orientam a organização, ou seja, o que os seus membros pensam sentem em relação à organização, sendo isso exercido diariamente sem consciência de o fazer, ou seja, são executados actos, comportamentos, sentimentos inconscientemente, não existindo um padrão claro, mas sim comportamentos que já são inatos.

A cultura numa organização é fundamental para se conhecer como se pode solicitar e organizar o trabalho. De acordo com Câmara, Guerra e Rodrigues (1997, p.131) “*Cada conjunto de homens tem uma cultura própria. (...) Não é possível compreender a eficácia de uma organização através de uma mera análise superficial desprovida de uma relação intrínseca com a cultura*”. Assim, de acordo com o local, ou país em que a organização se desenvolve, as pessoas têm um tipo de cultura. Neste sentido e segundo Lemaitre (1984), a cultura é um factor essencial para o êxito da empresa.

Na opinião de Donnadieu (1986), o homem deixa a sua situação de agente e passa a situação de actor social. A cultura torna-se um meio para orientar as escolhas individuais e colectivas do homem no trabalho: é um sistema de auto controlo e de reconhecimento mútuo. Na mesma linha de pensamento Reto e Lopes (1983, p.182), realçam a ideia de que os indivíduos nas organizações adaptam-se, às normas e valores existentes, produzem simultaneamente as condições de aprendizagem de novas normas e valores.

Cada organização constrói a sua própria cultura com a sua própria história, com o desempenho das pessoas que vão desempenhando funções e vão deixando as suas marcas.

“Qualquer mudança na cultura organizacional só é possível com o envolvimento dos líderes de topo que definem os valores da organização, a visão de futuro que determina a mudança e elaboram os planos de acção para a atingir (Carapeto, Fonseca, 2005, p. 127)”.

De acordo com Trice e Beyer (1993), as culturas organizacionais devem-se aos seguintes fenómenos:

- Colectivo - as culturas são produzidas através da interacção estabelecida entre os indivíduos, pelo que pertencer a uma cultura significa partilhar crenças e modos de agir, mesmo que esta partilha não seja integral.
- Conotado emocionalmente - as culturas contém elementos cognitivos, mas também afectivos, na medida em que entre os processos que lhe deram origem se encontram mecanismos de redução da ansiedade, ou porque a expressão das emoções se traduz, ela própria numa prática cultural.
- Assente na história - as culturas desenvolvem-se ao longo do tempo, já que a sua emergência se situa no decurso da vivência de experiências comuns, e da resolução conjunta de problemas. As culturas tendem a ser únicas, atendendo a que os grupos possuem a sua própria história e transmitem os seus traços culturais aos seus novos membros.
- Intrinsecamente simbólico – as culturas possuem uma elevada carga simbólica uma vez que os comportamentos dos seus membros, verbais ou não, são expressivos, ou seja, transmitem muito mais aos restantes elementos do que a sua simples execução: uma chefia que deixa a porta do seu gabinete aberta, não significará apenas que a porta está aberta; significa, também, um convite a entrar e uma maior abertura à comunicação informal.
- Dinâmico – à medida que os grupos evoluem ao longo da sua história, existem elementos culturais que permanecem, enquanto que outros se alteram ou se adquirem. De facto, dentro de uma cultura, os indivíduos não são todos iguais, existindo sempre a possibilidade de haver diferenças nas aprendizagens efectuadas ou nos estilos pessoais. Por outro lado, a transmissão de elementos culturais é imprecisa, pois ocorre de forma, pelo menos parcialmente, inconsciente, e tem uma forte carga simbólica, factores que são acentuados nos processos de transmissão cultural aos novos membros das culturas.

- Intrinsecamente ambíguos – as culturas não são conjuntos de sentidos totalmente coerentes entre si. De facto, integram, frequentemente, contradições e paradoxos, os quais resultam da complexidade e incerteza com que as culturas se confrontam no decurso da sua existência.

Quando falamos em cultura da organização, existe uma certa tendência para nos centrarmos nesse aspecto ignorando outro que está inteiramente relacionado – o clima organizacional. O processo de mudança numa organização pode influenciar directamente a cultura da mesma, mas a alteração do clima já está mais subjacente na reacção e aceitação por parte de todos os membros da organização e irá influenciar a cultura existente ou as alterações que se lhe pretende incutir. Ora assim, o nível mais superficial diz respeito ao clima e, como defendeu Pettigrew (1979, p.570.581), *“a cultura existe a um nível mais elevado de abstracção do que o clima, e este é uma manifestação da cultura”*.

Assim, a percepção do clima por parte dos membros, a partilha das normas, valores e crenças, consubstancia esta relação do clima com a cultura organizacional, onde podemos salientar os seguintes exemplos: a iniciativa individual; a tolerância ao risco; o tipo de direcção; a integração e a coordenação; o apoio da gestão; o controlo; a identificação com a organização; a tolerância ao conflito; os padrões de comunicação.

Nestes conceitos, o estudo e aprofundamento sobre a cultura da organização é fundamental, pois fornece-nos informações sobre as estratégias, critérios de avaliação, missões e planificações da organização e a sua aceitação por parte dos seus membros, assim como os padrões de comunicação e de interacção, normas, atitudes e valores que são revelados na interpretação da realizada da mesma.

Na sociedade em que vivemos é importante que as pessoas sejam ouvidas, acarinhadas, acompanhadas e se mantenham com bons níveis de satisfação para o processo de mudança de valores e de normas de comportamento, para que estas acreditem em conceitos como democracia, cidadania, solidariedade, justiça, equidade que são tão necessárias nas nossas organizações.

Segundo Neves (2000, p.115) *“A importância crescente das pessoas nas organizações em geral e nos serviços públicos, em particular, tem tornado cada vez mais relevante como*

instrumento de gestão, a análise do clima organizacional, no contexto do diagnóstico do estado da organização”.

Existem distintos conceitos em torno do termo “clima”, por isso considera-se importante, clarificar previamente o conceito e definir o papel que o clima deve desempenhar nos processos de mudança organizacional.

A palavra “clima” é de origem grega significando “pendente” ou “inclinação”. Refere-se ao ambiente interno de uma organização em relação às suas características e propriedades. Habitualmente é utilizada para definir situações diversas. Fala-se em “clima cultural”, “clima eleitoral”, “clima de tensão”, “clima participativo”, etc.. Em todos estes casos reflecte-se uma determinada situação, relativamente estável, na qual são atribuídas determinadas características a um determinado momento.

O clima nas organizações é uma componente multi-dimensional, tal como o clima atmosférico. É função do contexto, da estrutura e dos processos organizacionais, bem como das pessoas que compõem a organização (Schneider, 1975), resultando da sua interacção diferentes tipos de clima. O clima organizacional influi no comportamento das pessoas, tal como o clima atmosférico. A importância do clima nas organizações centra-se na influência que exerce nas atitudes, condutas e sentimentos do pessoal.

Nas últimas décadas, diversos investigadores têm elaborado distintas conceptualizações de clima com diferentes orientações. As definições características das primeiras décadas são de um tipo mais descritivo e reflectem duas orientações: as que fazem referência ao clima como as propriedades ou atributos do ambiente da organização e as que destacam o clima formado a partir das percepções que têm as pessoas destas propriedades (Iriarte, 1995). Posteriormente, outras definições têm em consideração também a interacção entre ambas as variáveis. Mais recentemente os investigadores definem o clima como conceito sinónimo dos valores, da cultura, o ambiente ou a personalidade da organização. Também surgem aqueles que consideram a influência que exerce o clima - a partir das variáveis organizacionais ou das de percepção - na conduta e nas atitudes do pessoal. Somente durante os anos oitenta aparecem as definições mais elaboradas, baseadas a sua maioria no processo de interacção entre as características organizacionais e as de percepção. O clima é concebido como um processo mais complexo, fazendo referência à estruturação perceptual

cognitiva, às configurações globais, às representações cognitivas, etc., a partir das percepções baseadas na interação de todas as variáveis. Também apresentam em comum a influência do clima sobre a conduta e as atitudes e, em alguns casos, sobre a satisfação, rendimento ou eficácia organizacional.

O clima organizacional pode analisar-se através dos comportamentos dos colaboradores demonstrando maior ou menor adesão à organização. As manifestações são sentidas através dos comportamentos de conflito, de cooperação, ou de simples expectativa; mas também podem sentir-se com o absentismo, rotação dos postos de trabalho, e outros descontentamentos.

Após uma breve abordagem às variáveis contextuais da GRH, pode dizer-se que a motivação está relacionada com o tipo de liderança exercida na organização, assim como a cultura está intimamente ligada ao clima organizacional.

2.2. Qualidade nas Organizações e Marketing de Serviços

Neste ponto vai ser analisada a qualidade nas organizações, fazendo uma abordagem pela gestão da qualidade total que é aquilo que todas as empresas pretendem atingir. Uma vez que este estudo é efectuado em instituições públicas será analisada a qualidade nos serviços públicos, assim como se explica o Modelo CAF (*Common Assessment Framework*), que é um instrumento elaborado para ajudar as organizações públicas da União Europeia a compreender e utilizar as técnicas de gestão da qualidade para poderem melhorar o seu desempenho. Será feita ainda a relação da qualidade das organizações com o marketing de serviços.

2.2.1 Qualidade nas Organizações

Actualmente, vivemos num contexto mundial onde complexas transformações tecnológicas, sociais, culturais, entre outras, têm vindo a incutir alterações nas mentalidades e comportamentos. Neste sentido, a qualidade aparece como factor essencial para que as organizações evoluam nos espaços económicos onde se inserem e interagem.

Qualidade é um conceito com muitos anos mas muito difícil de definir, pois depende das percepções e expectativas de cada um. A qualidade tem vindo gradualmente a ocupar um lugar de destaque no seio das organizações. A partir dos anos cinquenta o seu papel nas organizações extravasou a área da produção e nos últimos anos a crescente competitividade à escala internacional acentuou o seu valor competitivo, proporcionando-lhe um novo significado (Fuentes, 2002).

Através da revisão da literatura efectuada, podemos concluir da diversidade das definições dos vários autores. Por exemplo, Deming (1989) entende-a como um grau previsível de uniformidade que proporciona fiabilidade a um custo baixo e conveniente para o mercado; para Crosby (1990) qualidade traduz-se na conformidade com as especificações; para Juran (1993) é a adequação ao uso; para Taguchi (1986) esta consiste na perda que um produto causa à sociedade depois da sua venda; para Mizuno (1989) é o desempenho da função para a qual o produto foi desenhado; para Grönroos (1984) consiste em alcançar ou superar

as expectativas dos clientes; para Bemowski (1982) esta implica um produto ou serviço sem defeitos; para Zeithaml (1988) é a superioridade ou a excelência.

Como foi anteriormente referido, existem autores que vêem a qualidade como conformidade às especificações. As especificações são as características específicas que um produto ou serviço deve ter e resultam de promessas feitas aos clientes ou da procura/expectativas destes (Gomez-Mejia et al., 1995). Existem, ainda, outros autores que também defendem que a qualidade corresponde a uma melhoria contínua que siga no caminho ou ultrapasse as necessidades e expectativas, no momento actual, dos clientes (Nelson et al., 1989).

A Organização Internacional de Normalização (ISO) adoptou a seguinte definição de qualidade: *“é o conjunto das propriedades características de uma entidade - produto, bem ou serviço - que a tornam apta a satisfazer necessidades implícitas e explícitas” dos clientes externos e internos* (Pinto et al., 1999, p. 8).

Tal falta de consenso em torno do conceito de qualidade permitiu um maior enriquecimento pela incorporação de novas variáveis, não sendo possível esboçar uma definição global capaz de abarcar as suas dimensões (Fuentes, 2002). Steenkamp (1989, p. 7) aponta que *“a principal causa da falta de unanimidade é que a qualidade pode ser e foi estudada desde diferentes perspectivas”*. Segundo Bigné et al. (1997), as referências relativas à gestão da qualidade em serviços são bastante mais escassas e recentes que as respeitantes à qualidade na área industrial (Deming, 1989; Ishikawa, 1985; Garvin, 1988; Juran, 1988; Berry, 1990).

Segundo Carapeto e Fonseca (2005, p.43),

“A visão da qualidade é muito antiga e continua a ser difícil de definir. O conceito tem evoluído ao longo dos tempos e de acordo com o pensamento da sociedade, conforme as “visões” da organização. Este termo começou por ser mais conhecido com a Revolução Industrial, com a produção em massa, pois foi quando surgiu associado o termo controlo estatístico da qualidade”.

Todas as organizações primam pela qualidade, para poderem competir com os seus bens e/ou serviços na sociedade em que vivemos. Na opinião dos mesmos autores (2005, p.43),

“(...) a qualidade não se esgota na conformidade com requisitos predefinidos de um produto ou serviço, pelo que as organizações que queiram orientar a sua actividade por padrões conducentes à qualidade total não devem bastar-se com a certificação, ou seja, com a obtenção de um certificado de conformidade com os requisitos impostos por normas ou padrões de qualidade (parâmetros formais que quantificam a qualidade, as mais conhecidas das quais são as da família ISO (...))”.

As sempre novas e mutáveis exigências do mercado colocam as organizações perante a necessidade de alterarem os seus critérios de qualidade baseados nas necessidades e expectativas dos clientes/utentes. Por todo o lado, as pessoas querem o que há de mais moderno. Ninguém se contenta com as coisas de que dispunha habitualmente, ou antigamente. Além disso, exigem o grau mais elevado possível de qualidade, serviço, funcionalidade, habilidade e preço competitivo.

Para que a organização tenha níveis de qualidade, precisa de um bom quadro de Recursos Humanos. São vários os factores que influenciam a questão da Qualidade nas organizações, nomeadamente os Recursos Humanos que são um factor de considerável importância.

Segundo Gomes (2000, p.186)

“ainda que possamos admitir que a percentagem de sucesso empresarial explicado pela Qualidade dos Recursos Humanos é variável nas organizações e que o mesmo pode ser função das tecnologias que utilizam, do sector produtivo em que operam, ou de outras variáveis contingentes, é de esperar que, em todas elas, um determinado nível de competências e de comportamentos dos seus empregados, assim como o seu esforço para fazer o trabalho bem feito, seja considerado indispensável”.

No planeamento da acção da organização, segundo Neves (2002, p.164) “A fixação de objectivos de qualidade, quer ao nível da acção externa, quer ao nível interno, porque estes condicionam os primeiros e porque o bem estar das pessoas que trabalham na organização não pode deixar de ser um seu objectivo social”.

Quando se analisa a Qualidade dos Recursos Humanos faz-se referência à qualidade do trabalho desenvolvido na organização. *“Começaremos por dar atenção a aspectos que constituem a Qualidade dos RH da organização, a partir duma perspectiva individual, e, como é óbvio, considerando que as pessoas são empregadas e profissionais que trabalham numa e para uma organização”* (Gomes, 2000, 195). Um indivíduo pode ter excelentes qualidades como pessoa humana e não prestar contributos para a qualidade da organização. *“Assim, um indivíduo particular poderia ter, por exemplo, uma elevada qualidade como pessoa (...) e, ao mesmo tempo, essa característica coexistir com uma baixa qualidade enquanto empregado da organização, dado não ter as competências e os conhecimentos requeridos para fazer bem o seu trabalho, na função que lhe está atribuída”* (Gomes, 2000, p. 195).

Assim, para saber se as instituições estão a melhorar os seus níveis de qualidade fazem-se estudos de satisfação aos utentes. *“(...) o critério de satisfação dos utentes é uma nova forma de avaliação dos serviços, e naturalmente, uma nova dimensão da qualidade”* (Milheiros, 2005, p. 19).

2.2.1.1 Qualidade total

A ambiguidade atinge também a gestão da qualidade total, não passando para uns de uma moda e constituindo para outros uma autêntica revolução que afecta todo o tipo de negócios, empresas, organizações e pessoas (Oakland, 1989). Contudo, independentemente da perspectiva, ninguém pode negar que a gestão da qualidade total constitui um importante avanço na gestão organizacional. A qualidade deixou de se cingir ao cumprimento das especificações dos produtos ou serviços, para abarcar os processos, os meios e as pessoas, sendo a organização vista como um todo na sua relação com o exterior (Gonçalves e Monteiro, 1999). Neste sentido, o instrumento utilizado foi a qualidade total.

O conceito da Gestão da Qualidade Total surgiu nos anos vinte, quando a abordagem estatística foi utilizada no controlo de qualidade nas indústrias americanas. Posteriormente, o conceito foi mais tarde introduzido no Japão, por volta dos anos 50, na altura em que o país estava em pleno desenvolvimento industrial, fruto da reconstrução do pós-guerra. O

conceito conheceu um novo ímpeto, nos anos 80, com a crescente consciência, a nível mundial, da importância da qualidade.

A aplicação da gestão da qualidade total beneficia não apenas os clientes, que passam a dispor de produtos e serviços de qualidade, mas também a organização, na medida em que possibilita a redução de custos e uma maior eficiência operacional. É um processo contínuo, cujo objectivo é estabelecer uma cultura de excelência, que implica a organização no seu todo e está voltada para a satisfação do cliente.

“Total” significa aqui a procura da qualidade em todas as dimensões possíveis da produção e de análise das necessidades, de forma a avaliar os serviços prestados aos clientes. Segundo Pfeffer (1998), a qualidade total é, actualmente, prosseguida por todos os gestores organizacionais e é a chave do sucesso para qualquer organização. A qualidade total refere-se tanto à organização como ao produto/serviço, e não somente à relação final ou ao serviço prestado ao cliente externo.

A GQT é, antes de mais, uma forma de gestão, que implica o compromisso da gestão de topo. Emprega activamente o trabalho em equipa para melhorar o planeamento, a comunicação, a motivação e a responsabilidade colectiva, sempre na óptica da plena satisfação do cliente externo (Gonçalves e Monteiro, 1999). Para Cohen e Brand, referido por Greffe (1999), significa a capacidade de fazer com que a organização e os seus membros contribuam para melhorar a qualidade. Deming é considerado o pai da Gestão da Qualidade Total. O seu maior pressuposto é que o resultado da maior parte dos processos de trabalho depende de factores que ultrapassam o controlo individual dos trabalhadores. Os gestores devem, portanto, centrar a sua atenção no processo de produção e não nos trabalhadores.

A qualidade total é o que todas as empresas pretendem atingir, pois é um conjunto de factores que originam a qualidade “máxima”. *“A Qualidade, ou mais exactamente a Qualidade Total, concebida como uma filosofia (uma forma de entender, a produção, o trabalho, o atendimento ao cliente, os valores da empresa, etc.), e uma tecnologia (entendida em sentido amplo como forma de trabalhar e de gerir), que conduzem a resultados esperados (zero defeitos, satisfação do cliente, etc.) converteu-se no leit motiv*

das organizações, a nível mundial. Qualquer delas, se pretender sobreviver e crescer, tem de “apanhar o comboio” da Qualidade” (Arana, 2000, p. 171).

2.2.1.2 Qualidade nos Serviços Públicos

O sector público, aquele que vai ser estudado, tem evoluído ao longo dos anos, uma vez que têm sido implementados vários programas de reestruturação do sector, mas nem todos tiveram sucesso, uma vez que não tiveram em consideração as características e especificidades do sector público. Segundo a Secretaria da Modernização Administrativa (SMA, 2000, 2001b) o serviço público é entendido como *“qualquer instituição, serviço ou sistema dirigido pela política de um governo eleito (nacional, regional ou local). Os dirigentes e gestores dos serviços públicos procuram habitualmente alcançar resultados orientados para o cidadão, em harmonia com os objectivos e as opções políticas definidas”*.

O interesse pela qualidade na Administração Pública é um fenómeno recente, provocado pela profunda e rápida mudança que está a sofrer, sobretudo na relação que esta estabelece com os cidadãos. Exige-se que esta seja uma verdadeira fornecedora de serviços para um mercado de cidadãos que exige cada vez mais qualidade.

“(…) Apesar de, tanto na esfera pública como na esfera privada, a qualidade ser um instrumento para tratar as questões do desempenho da organização e da receptividade aos clientes e cidadãos, o facto é que estas esferas seguem objectivos diferentes e seguem lógicas diferentes: as empresas procuram o lucro, a administração pública serve o cidadão” (Carapeto, Fonseca, 2005, p. 43). Perante esta opinião muitas vezes se tem defendido que os princípios e conceitos referentes à qualidade que se aplicam à indústria, à produção, às empresas privadas, mas não são aplicáveis à Administração Pública. Este conceito deve ser aplicado ao sector público, contudo, estes serviços não são exactamente como os produtos industriais e não é legítimo transpor tudo o que se sabe da qualidade industrial para a produção/prestação de serviços. As dificuldades aumentam quando se investiga a temática da qualidade no que diz respeito aos serviços públicos. Apenas nos finais da década de 80 começaram a aparecer os primeiros trabalhos específicos relativos a esta temática, Martín (1989), Carman (1990), Miller e Miller (1991), Babakus e Mangold

(1992), Moliner et al.(1994), entre outros. Todos estes trabalhos foram desenvolvidos com base em trabalhos no âmbito da qualidade dos produtos ou serviços.

A Administração Pública, sujeita às mesmas influências e constrangimentos que as empresas, não pode ficar imune à nova filosofia de gestão e sentiu necessidade de se reconverter no que diz respeito aos métodos de funcionamento, sistemas de organização e princípios de legitimação, visando a melhoria da qualidade do serviço prestado (DR 1999b, de 13/05; Veludo, 1997).

“A questão da qualidade “entrou na moda” na Administração Pública, infelizmente mais centrada, muitas vezes, nos processos de gestão da qualidade do que nas exigências dos serviços prestados, área onde teria valor acrescentado. Na Administração Pública têm-se introduzido melhorias para satisfazer os cidadãos com os serviços prestados. “*A relativização dos meios aos fins, neste caso, do processo e melhorias internas à qualidade dos serviços e satisfação dos cidadãos, mostra-se neste domínio de especial importância*” (Neves, 2002, p. 161). Assim, a qualidade tem de ser encarada como parte integrante da gestão e cada um dos colaboradores tem que fazer o seu trabalho com critérios de qualidade. Segundo Neves (2002, p.163) “*Defende-se, assim, que a qualidade tem de passar a ser preocupação inserida no processo de gestão, quando se identificam desafios, se diagnosticam os problemas, se fixam objectivos, se mobiliza para a acção, desenvolvendo projectos de melhoria. Os cidadãos exigem serviços acessíveis, justos e equitativos, com qualidade, uma administração eficaz na resolução de problemas e eficiente no uso de recursos públicos*”. Cada um dos indivíduos que se dirige a uma Instituição Pública pretende que lhe seja prestado um serviço rápido e eficiente, de forma que possa ver resolvidos os seus assuntos. Para se poder avaliar é necessário saber o quê e nesse sentido há que definir quais os objectivos da qualidade que se pretendem analisar.

A área que se pretende estudar nesta dissertação é a da Qualidade nos serviços de Saúde, que desde os anos 90 tem vindo a desenvolver-se, sendo possível encontrar vários estudos realizados.

Em 1999, surgiu um diploma relativo ao exercício da avaliação da qualidade, no sector da saúde, Portaria nº 288/99, de 27 de Abril que criou o Instituto da Qualidade em Saúde

(IQS). A qualidade da saúde já era um assunto previsto na legislação, antes de ser constituído o IQS.

A avaliação externa nos estabelecimentos e serviços de saúde é feita pelos serviços centrais do Ministério da Saúde, neste caso pela Direcção Geral da Saúde (DGS) e pela Inspecção-Geral da Saúde (IGS).

O Decreto-lei nº 122/97 de 20 de Maio pretende *fazer a acreditação das instituições e dos serviços prestadores de cuidados de saúde, ainda que não integrados no sistema de saúde*, (artº 1º/1/i), algo que será levado a cabo, através da *avaliação da compatibilização dos padrões de qualidade e desempenho de actividades das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, com os padrões e critérios definidos, propondo as medidas de correcção consideradas necessárias*, que é da competência da Divisão de Acreditação e Auditoria da Direcção de Serviços de Acordos, Contratos e Convenções da Direcção Geral da Saúde (artº 22/d).

A DGS tem na sua estrutura uma Divisão da Qualidade, integrada na Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde (artº 23/2/a e artº 25), que detém um leque de competências de avaliação.

À IGS cabe “*assegurar o cumprimento das leis e regulamentos no sistema de saúde, tendo em vista o bom funcionamento e a qualidade dos serviços, a defesa dos legítimos interesses e bem estar dos utentes, a salvaguarda do interesse público e a reintegração da legalidade violada*” (artº 2º do Decreto-lei 291/93, de 24 de Agosto) (Carapeto, 2000, p.57).

Tal como referido a qualidade é um conceito novo também na área da saúde. Em Portugal, o grande impulso deu-se com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e aplicou-se para os Centros de Saúde.

Nos serviços públicos há algumas diferenças quando comparados com os que são proporcionados pelas actividades privadas (Rua e Menorca, 2007, p. 3474):

- Objectivos - O objectivo dos serviços públicos é maximizar o interesse público, enquanto que nos serviços privados o objectivo final é maximizar a conta resultados;
- Igualdade - Tem de se garantir a igualdade/equidade na sua prestação;
- Monopólio/Oligopólio - Frequentemente são prestados em regime de monopólio/oligopólio. Têm um “mercado cativo”, sem os mecanismos habituais de concorrência;
- Utentes - São os que usam os serviços, estes nem sempre coincidem com os clientes (os que os pagam).

Na opinião de Silva (2001, p. 3) “compete aos poderes públicos, aos dirigentes e aos funcionários, apostarem fortemente num serviço público orientado para a qualidade”.

2.2.1.2.1 Modelo Estrutural da CAF

O Modelo da Estrutura Comum de Avaliação (*CAF – Common Assessment Framework*) resultou da cooperação desenvolvida entre os Ministros da União Europeia (UE) responsáveis pela Administração Pública. Este modelo resulta da adaptação do Modelo da European Foundation for Quality Management (EFQM) à administração pública, pelo *Innovative Public Service Group*.

A CAF é uma ferramenta que foi construída para ajudar as organizações públicas da UE a compreender e utilizar as técnicas de gestão da qualidade de modo a melhorarem o respectivo desempenho. Trata-se de uma ferramenta simples, de fácil utilização, que permite a autoavaliação das organizações públicas, tendo quatro objectivos principais (www.dgap.gov.pt, 2007):

1. Apreender as características essenciais das organizações públicas;
2. Servir como instrumento para os gestores públicos que queiram melhorar o desempenho dos organismos que dirigem;
3. Servir de “ponte” entre os vários modelos utilizados na gestão da qualidade pelas administrações públicas da UE;
4. Facilitar a utilização do *benchmarking* entre organizações públicas.

A CAF foi desenhada para ser utilizada por todos os sectores da Administração Pública, bem como pelos diversos níveis de administração nacional, regional e local. Pode também ser utilizada em diversas circunstâncias, designadamente como parte de um programa de reforma ou, como ponto de partida para a melhoria contínua de uma organização pública. Em determinadas situações, e sobretudo em grandes organismos, a autoavaliação também pode ser levada a cabo apenas numa parte da organização, por exemplo num departamento ou divisão seleccionada para o efeito.

A estrutura da CAF é a apresentada na figura nº 3.

Figura nº 3 – Estrutura da CAF



Fonte: Site da DGAP 2007

As nove caixas do modelo identificam os principais aspectos a ter em conta numa análise organizacional. Dentro de cada uma das caixas existe um critério. Os critérios representam as dimensões da organização que devem ser consideradas durante a avaliação.

A CAF permite:

- a avaliação baseada em evidências;
- a tomada de uma posição por parte da direcção e um consenso sobre o que tem de ser feito para melhorar a organização;
- a avaliação através de um conjunto de critérios aceite pelos países europeus;
- a medição do progresso de uma organização através de autoavaliações periódicas;

- a ligação entre objectivos e estratégias;
- a focalização das actividades de melhoria onde são mais necessárias;
- a promoção e partilha de boas práticas entre diferentes departamentos de uma organização e com outras organizações;
- a motivação das pessoas da organização através do envolvimento destas no processo de melhoria;
- a identificação dos progressos e dos níveis de melhoria alcançados;
- a integração de um conjunto de iniciativas de gestão da qualidade nos procedimentos de trabalho.

Em síntese, a autoavaliação através do modelo CAF oferece à organização uma oportunidade para aprender a conhecer-se.

Comparada com um modelo de gestão da qualidade total, a CAF é um modelo simples, especialmente concebido para dar uma noção do desempenho da organização. Caso a organização pretenda promover uma avaliação mais detalhada deverá utilizar modelos mais pormenorizados (como os modelos Speyer e EFQM). A CAF tem a vantagem de ser compatível com esses modelos constituindo o primeiro passo para implementação da gestão da qualidade.

A CAF está no domínio público e não tem custos. As organizações são livres de utilizarem este modelo da forma que entenderem.

2.2.2 Marketing dos Serviços

Os serviços têm algumas características diferentes dos bens, logo em termos operacionais têm uma aplicabilidade diferente. Zeithaml e Bitner (2003) definem serviços de maneira aparentemente simples, “*serviços são acções, processos e situações*”. Contudo, estes autores dizem que este conceito não pode ser entendido de forma tão simples e dizem que: “*a variedade de definições muitas vezes pode explicar a confusão ou os desacordos entre*

as pessoas ao discutirem os serviços ou quando descrevem indústrias inseridas no sector de serviços”.

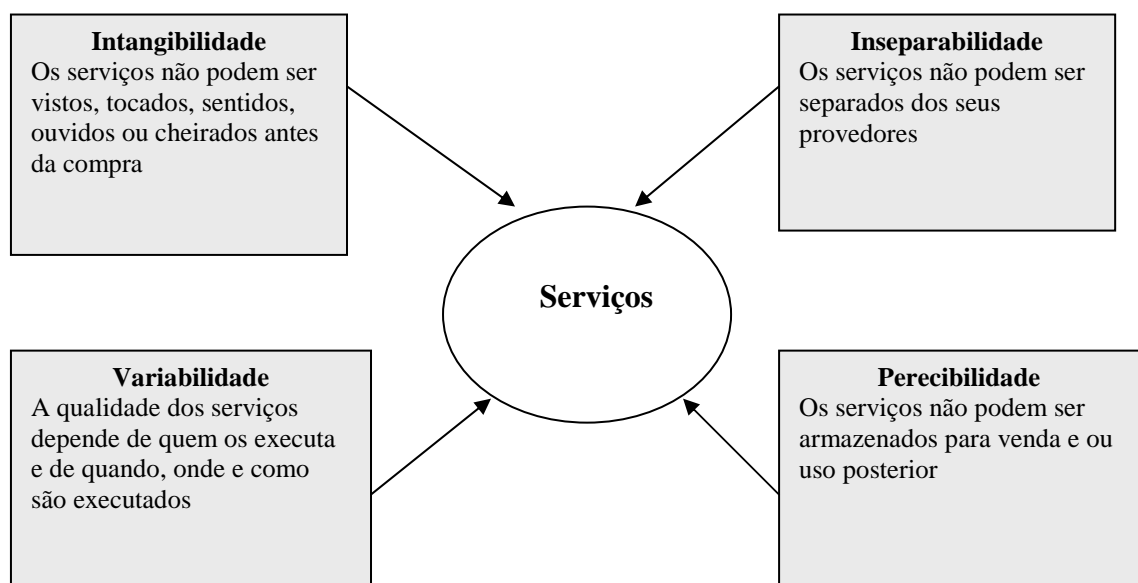
Segundo Kotler (2002, p. 470) um serviço “é um acto ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada”. A execução de um serviço pode ou não estar ligada a bens físicos.

Por outro lado, segundo a Associação Americana de Marketing (1988) (citado por Boone e Kutz, 1998) serviços são:

“produtos (...) intangíveis, ou pelo menos o são de forma substancial. (...) Os produtos de serviços são frequentemente difíceis de serem identificados, uma vez que passam a existir ao mesmo tempo em que são comprados e consumidos. São compostos de elementos intangíveis inseparáveis, geralmente envolvem a participação do cliente de alguma maneira importante, não podem ser vendidos no sentido de transferência de propriedade, e não têm direito de posse”.

Segundo Kotler (2005), os serviços distinguem-se dos bens devido às seguintes características, evidenciadas na figura seguinte.

Figura 4: Características dos Serviços



Fonte: Kotler e Armstrong, 2003, p. 224.

O serviço pode ser definido como um processo constituído por um conjunto de actividades mais ou menos intangíveis que, geralmente, são concretizadas pela interacção entre o cliente e os recursos da organização prestadora do serviço.

Segundo Kotler e Keller (2006, p. 403), podemos encontrar as seguintes características nos serviços:

- Intangibilidade - Ao contrário dos produtos físicos, não podem ser vistos, sentidos, ouvidos, cheirados ou provados antes de serem adquiridos. Uma pessoa que se submete a uma cirurgia plástica no rosto não pode ver os resultados exactos antes da compra. Da mesma maneira, uma pessoa que passa a frequentar um psicólogo não consegue saber o efeito exacto do tratamento. A fim de reduzir essa incerteza, os compradores procurarão por sinais ou evidências da qualidade do serviço. Deduzirão a qualidade com base nas instalações, nas pessoas, nos equipamentos, no material de comunicação, nos símbolos e nos preços percebidos. É muito mais difícil fixar os preços dos serviços, assim como de os comunicar aos consumidores.
- Inseparabilidade - De modo geral, os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente. Esse mesmo princípio não se aplica a bens materiais, que são fabricados, ficam em armazém, são distribuídos e só então consumidos. Além disso, a pessoa encarregada de prestar o serviço é parte dele. Como o cliente também está presente na maioria das situações em que o serviço é prestado, a interacção entre o prestador de serviços e o cliente é uma característica especial do marketing de serviços. Tanto o prestador de serviços quanto o cliente afectam o resultado. Os serviços geralmente são produzidos e consumidos em simultâneo.
- Heterogeneidade - Pelo facto de dependerem de quem os fornece, além de onde e quando são fornecidos os serviços são altamente variáveis, ou seja os resultados podem ser muito variáveis de produtor para produtor, de cliente para cliente, de dia para dia (Bitner, 1990, p. 72 e Bitner et al, 1994, p. 253). A produção do serviço depende de como interactivam o comprador e o prestador de serviço. Alguns médicos são muito pacientes com as pessoas que os procuram, outros nem tanto. Alguns cirurgiões têm muito sucesso ao realizarem determinada cirurgia, outros nem tanto. O risco percebido pelos consumidores pode ser mais alto comparado com o dos bens. Os compradores de serviços conhecem essa heterogeneidade e

frequentemente informam-se com outros compradores antes de tomarem a decisão de compra. A qualidade do serviço pode ser afectada por factores não controláveis pelo prestador do serviço, ou por imprevistos. As empresas de prestação de serviços podem tomar três providências com o objectivo de controlar a qualidade. A primeira é investir em processos de contratação e formação, ou seja recrutar os colaboradores certos e oferecer-lhes uma formação adequada. A segunda providência consiste na padronização do processo produtivo. Esta tarefa é facilitada pelo planeamento de um projecto de serviços que simula ocorrências e processos por meio de um fluxograma com o objectivo de detectar falhas. A terceira providência é o acompanhamento da satisfação do cliente por meio de sistemas de sugestão e reclamação, pesquisas com clientes e comparação com concorrentes.

- Perecibilidade – Os serviços não podem ser armazenados, pelo que o carácter flutuante da procura poderá causar constrangimentos na gestão do serviço (Shostack, 1977). Alguns médicos “multam” os pacientes que não comparecem às consultas, porque o serviço só tem valor naquele momento. Muitas vezes é difícil sincronizar a oferta com a procura, logo a perecibilidade dos serviços não é um problema quando a procura é estável. Porém, quando a procura oscila, as empresas prestadoras de serviços têm problemas. Os serviços não podem ser devolvidos e geralmente não se podem revender.
- Ausência de Propriedade (Esteban, 2000, p.38) – Os compradores de serviços adquirem um direito, mas não a propriedade do suporte tangível do serviço (Cowel, 1985; Foster, 1992). Por exemplo um utente não se apodera das instalações do centro de saúde quando se dirige a este para ser consultado por um médico. Os consumidores pagam a utilização, o acesso, o aluguer, ..., mas não compram a propriedade.

Cada vez mais, hoje em dia, associado à prestação de serviços está a venda de produtos, contudo, pode-se, segundo Lendrevie et al (2004, p. 559) e Esteban (2000, p.27) encontrar quatro categorias de serviços e produtos, conforme se evidencia no quadro seguinte.

Quadro nº 8 – Categoria de Serviços e Produtos

Serviços		Produtos	
Serviços Puros	Serviços com forte componente material	Produtos com forte componente de serviços	Produtos Puros
Médico Consultor Professor Cabeleireiro	Aluguer de automóveis Hotelaria Transporte aéreo	Compra de automóvel Televisão por cabo Informática	Gasolina em livre serviço Pastelaria CD audio

Fonte: Lendrevie e tal, 2004, p.559

A aplicação prática deste trabalho insere-se ao nível dos serviços puros os Centros de Saúde.

Normalmente, nas organizações pode-se encontrar associado ao serviço base (serviço mínimo que o consumidor procura) serviços periféricos que complementam a oferta da organização ou, então, que facilitam a prestação do serviço com maior eficiência (veja-se figura nº5).

De acordo com Esteban (2000, p. 28) e Lendrevie et al (2004, p. 560) os serviços periféricos podem ser de dois tipos: serviços facilitadores e serviços diferenciadores. Os primeiros permitem a prestação do serviço base, contudo podem ser em muitos casos indispensáveis. Os segundos são serviços complementares pois servem para dar algo mais aos consumidores/clientes.

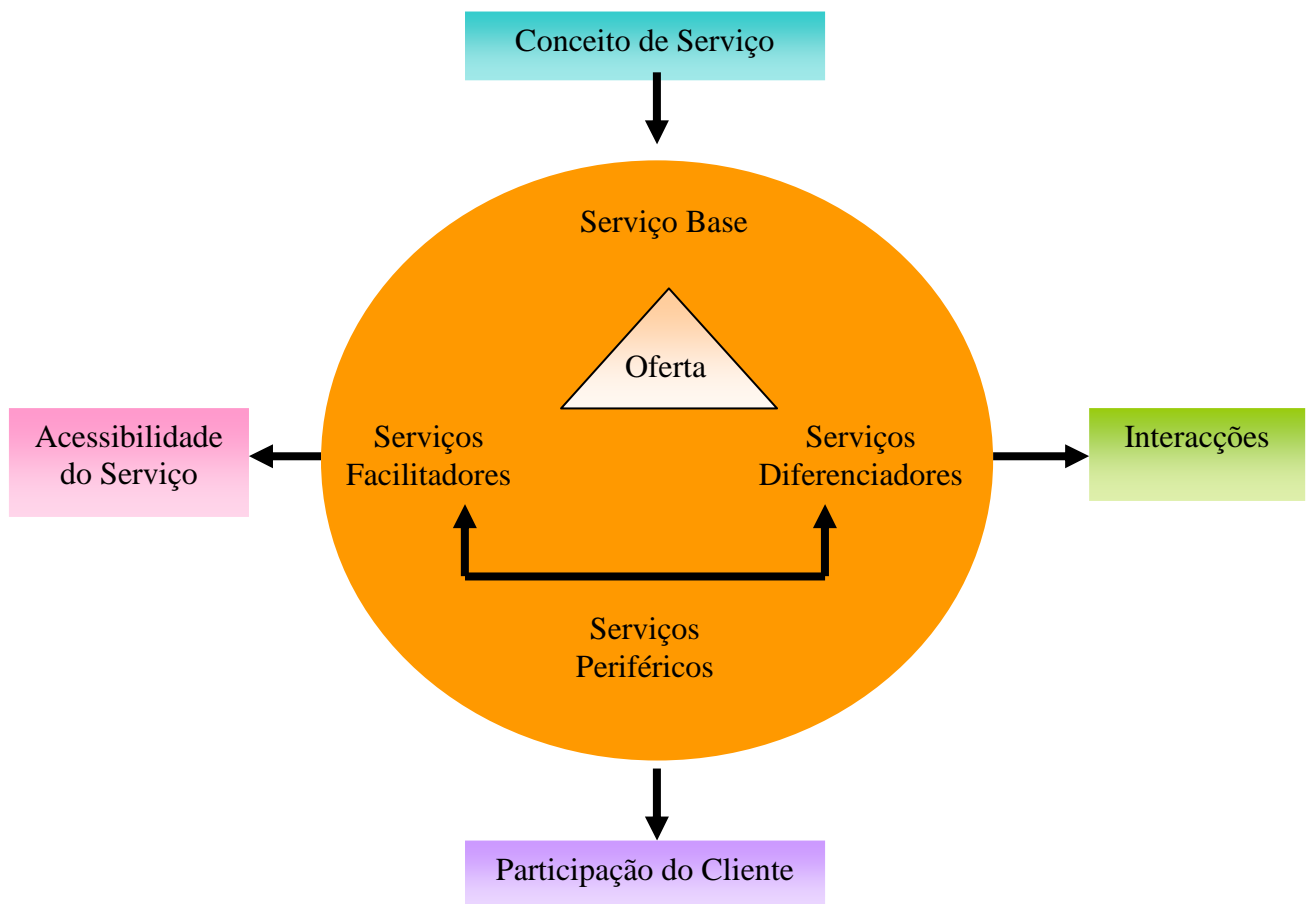
A relação com o cliente é muito importante. A qualidade da prestação do serviço está intimamente relacionada com o atendimento do prestador de serviços. Nas empresas de serviços quem assume um papel de destaque são os prestadores dos serviços, pois têm que defender os interesses da organização e, por outro lado, têm que satisfazer as necessidades e as expectativas dos clientes. Segundo Lendrevie et al (2000, p. 547),

“O estabelecimento de uma relação de confiança, pressupõe que a política de recursos humanos seja conduzida no sentido de proporcionar aos colaboradores da empresa um elevado grau de satisfação face às funções e papel que

desempenham na organização, ao ponto de serem membros “ativos”, motivados, com espírito de iniciativa, inovadores, responsáveis, com cultura orientada para a satisfação do cliente”.

O marketing de serviços é um marketing relacional externo e interno.

Figura nº 5 – Oferta de Serviços



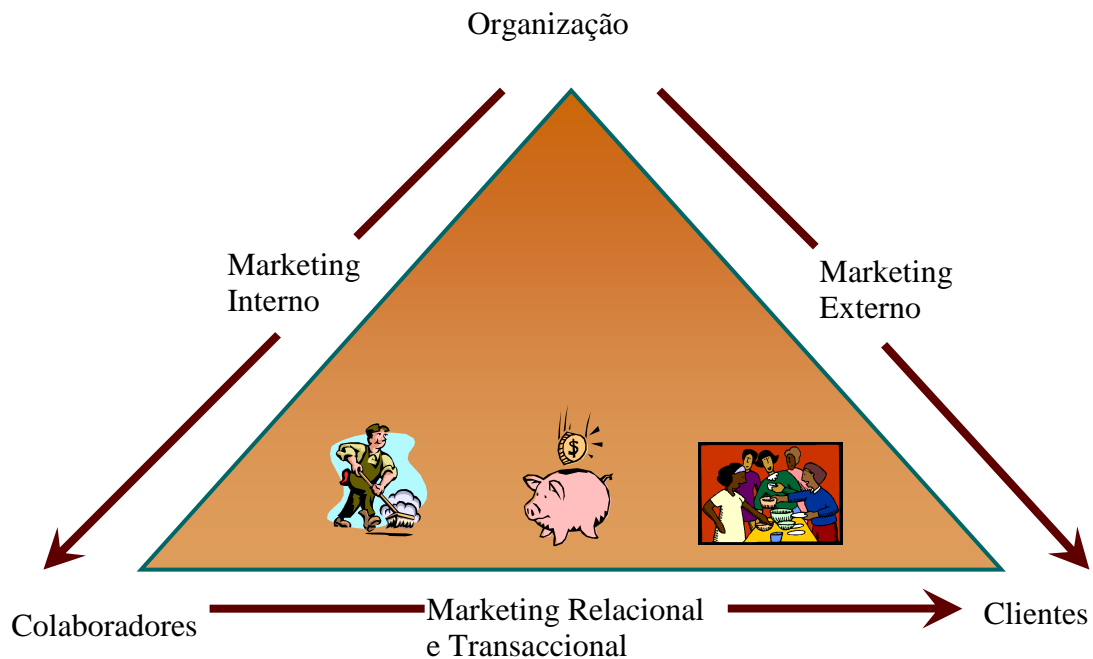
Fonte: Grönross e Akesand, 1989

2.2.2.1 Tipos de Marketing nos Serviços

Ao nível dos serviços podem-se encontrar três tipos de marketing, conforme se pode observar na figura 6: marketing externo, marketing interno e marketing relacional e

transaccional (Kotler e Keller, 2006, p. 406; Lendrevie et al., 2004, p. 563, Esteban, 2000, p. 87 a 92).

Figura nº 6 – Tipos de Marketing nos Serviços



Fonte: Kotler e Keller, 2006, p.406

A – Marketing Interno

O marketing interno é um dos elementos chave do marketing de serviços, a par do marketing externo e do marketing relacional e transaccional.

“No marketing interno, a empresa deve treinar e motivar eficazmente os seus funcionários (...). Para que a empresa possa fornecer uma qualidade coerente de serviços, todos os funcionários devem ser orientados para o cliente. Não basta ter um departamento trabalhando o marketing tradicional, enquanto o resto da empresa segue o seu próprio caminho. Todos os membros da empresa devem exercer o marketing” (Kotler e Armstrong, 1999, p.459).

Como resultado,

“tal como numa postura de marketing são necessárias novas abordagens do mercado que permitam responder à sua evolução, competitividade e, fundamentalmente, às solicitações de clientes cada vez mais exigentes, deve-se, no plano interno, adoptar uma postura semelhante, uma vez que é nos recursos humanos que reside o valor acrescentado mais relevante de qualquer organização face à sua concorrência. Neste sentido há que procurar implementar estratégias que satisfaçam as necessidades dos clientes internos e que lhes possibilitem a flexibilidade necessária para que possam responder, com eficácia, às exigências do mercado” (Lindon, Lendrevie, Levy, 2004) .

O objectivo do marketing interno, segundo Lindon et al (2004) é a *“optimização contínua das respostas da organização às mutações da envolvente, o qual se manifesta através de uma gestão eficaz dos seus colaboradores”*. Neste sentido existe uma preocupação com o aumento da motivação e da produtividade dos trabalhadores. A preocupação gradual com os colaboradores da organização, tem sido resultado de uma série de mudanças sociais que têm vindo a afectar o modo como os recursos humanos são encarados dentro da empresa. Por um lado, temos trabalhadores exigentes, e por outro, empresas preocupadas com a motivação dos seus trabalhadores, à medida que se apercebem da implicação que esta, tem na imagem que é transmitida para o exterior.

Nos últimos anos, tem-se constatado que o marketing interno tem um papel importante na área dos recursos humanos. De acordo com Câmara, Guerra e Rodrigues (1997, p. 393) o marketing interno é uma metodologia de gestão,

“em que através de meios, métodos e técnicas se pretende atrair, reter e desenvolver os “Clientes Internos”, satisfazendo as suas necessidades e possibilitando a flexibilidade necessária para responderem com eficácia às exigências da envolvente em geral, e do marketing externo, em particular”.

Segundo Cota (2006), as novas técnicas de marketing interno permitem à empresa conseguir integrar e motivar as pessoas, gerando bem-estar interno, que, por sua vez, se reflecte na qualidade e trabalho da empresa como um todo. Assim, segundo o mesmo autor, o marketing interno é um modelo de actuação na Gestão de Recursos Humanos que segue os mesmos princípios do marketing tradicional. Considerado como um auxiliar no desenvolvimento da estratégia social da empresa, no sentido em que, dado o equilíbrio

social que a empresa procura promover e dada a falta de metodologias para concretizá-lo, é o marketing interno o recurso utilizado para desenvolver uma estratégia social e fundamentar uma política de pessoal (Cota, 2006).

Tal como no marketing tradicional a organização tem de estudar os seus colaboradores de forma a conhecer as suas necessidades, desejos e preocupações de forma a definir a sua estratégia social. A organização tem de cativar com os seus produtos, em primeiro lugar, os seus colaboradores de forma, a que estes fiquem motivados e estabeleçam uma forte ligação com aquilo que a organização faz, ou seja “vistam a camisola” e se tornem também consumidores fiéis. Neste sentido é fundamental a definição de um Plano de Comunicação Interna, onde as políticas, objectivos e acções de comunicação são definidas e transmitidas, a todos os níveis e, em retorno, as opiniões são medidas.

Através do marketing interno a organização procura mobilizar energias, de todos os colaboradores da organização, quer do pessoal de contacto quer do restante pessoal. Segundo Berry (1986, p.47-51) a maior contribuição que pode ser dada pelo departamento de marketing é conseguir ser *“excepcionalmente habilitoso para conseguir que todos os sectores da organização façam marketing”*.

O marketing interno é encarado pelas organizações como uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento de uma cultura empresarial coesa e capaz de garantir o sucesso empresarial.

B – Marketing Transaccional e Relaccional

Entende-se que o marketing relacional corresponde à habilidade dos colaboradores “servirem” o cliente, uma vez que os clientes, segundo Kotler e Keller (2006, p.405), avaliam o serviço não apenas pela qualidade técnica (por exemplo uma cirurgia ter sido bem sucedida), mas também pela qualidade funcional (por exemplo o cirurgião demonstrou preocupação e inspirou confiança). Um dos principais objectivos a este nível consiste em desenvolver relacionamentos profundos e duradouros com os clientes. Para que isto aconteça é necessário que a organização conheça as capacidades, os recursos, as necessidades e os desejos do seu público-alvo.

Hoje em dia as tecnologias que estão ao dispor das organizações permitem que os colaboradores que actuam directamente na prestação de serviços sejam mais produtivos.

Sinteticamente, pode-se dizer que o marketing relacional trata da gestão da relação com o cliente e o marketing transaccional trata da gestão dos momentos de contacto que os colaboradores da organização mantêm com os clientes.

C – Marketing Externo

O marketing externo enquadra-se no processo de preparação, determinação do preço, distribuição, comunicação de um serviço aos clientes. Segundo Kotler e Keller (2006, p. 28) o marketing é *“o processo de planear e executar a concepção, a determinação do preço, a promoção e a distribuição de ideias, bens e serviços para criar trocas que satisfaçam metas individuais e organizacionais”*.

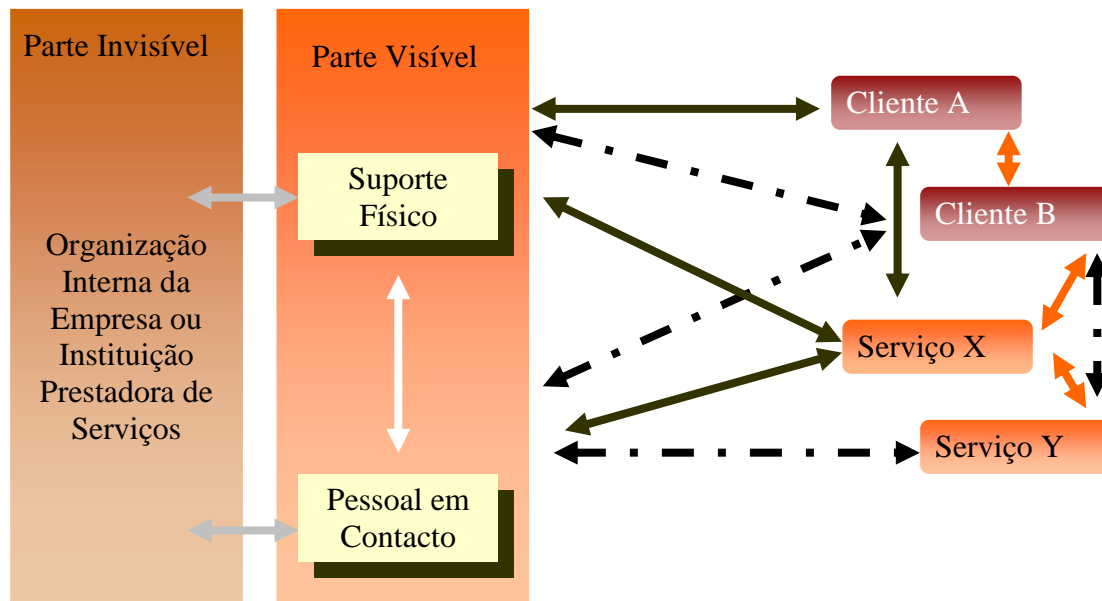
2.2.2.2 O Sistema de SERVUCÇÃO

Os investigadores Eiglier e Langeard desenvolveram o conceito de “Servucção”, para designar o processo de criação do serviço. Este conceito foi desenvolvido com base na teoria dos sistemas, uma vez que a produção de um serviço nas organizações obedece à lei dos sistemas. Estes investigadores (1991, p.15) definem a Servucção da empresa de serviços como:

“a organização sistemática e coerente de todos os elementos, físicos e humanos, incluídos no interface cliente-empresa, necessários para a realização de uma prestação de serviço, cujas características comerciais e níveis de qualidade foram pré-determinados”.

Este modelo mostra a especificidade do sistema de produção e comercialização dos serviços, uma vez que nestes existe um *interface* muito forte entre os clientes/consumidores e a organização. Para além disso, o momento da produção e do consumo ocorrem em simultâneo (veja-se figura nº 7).

Figura nº 7 – Sistema de SERVUCÇÃO



Fonte: Eigler e Langeard (1995, p. 18) e (Lendrevie et al (2004, p.562)

Através da figura anterior observa-se claramente, que no caso dos serviços existem três elementos fundamentais, no processo de produção de comercialização (Lendrevie et al, 2004, p.562): a parte visível da organização, o *back-office* e as relações dos clientes entre si.

A- Parte Visível da Organização

Esta componente do modelo insere-se nos campos da qualidade dos contactos com os clientes/consumidores e no contexto material em que se situa a relação organização-cliente.

Assim, nesta parte encontram-se duas áreas distintas que devem ser trabalhadas:

- **Pessoal de contacto** – consiste nos colaboradores da organização que entram em contacto directo com o cliente/consumidor. Esta componente em alguns processos de *servuçção* pode não existir, ou seja quando o serviço seja produzido através de uma máquina. Segundo Lendrevie et al (2004, p. 562) “*o nível de performace e de regularidade da qualidade dos serviços depende muito da competência e da postura do pessoal que assegura a sua prestação*”.
- **Suporte físico** – consiste em todo o material e equipamento de suporte à produção do serviço e com o qual o pessoal de contacto e o cliente irão ter contacto no

momento da produção. A este nível podemos encontrar segundo Eiglier e Langeard (1995, p.16) duas categorias distintas:

- *os instrumentos necessários ao serviço* - aqui pode-se incluir todos os objectos, móveis ou máquinas colocadas à disposição do pessoal de contacto e do cliente/consumidor.
- *o ambiente material* – inclui-se nesta categoria tudo o que envolve os instrumentos, tal como, a localização, as instalações e a decoração.

B – Back-office

Esta componente também designada por sistema de organização interna, corresponde à parte invisível da organização, ou seja o suporte logístico necessário às prestações do pessoal de contacto. Como tal interfere directamente sobre a forma de produção e comercialização do serviço. Sendo assim, a parte visível é condicionada pelo *back-office*, ou seja por toda a gestão da organização, nomeadamente, pelos objectivos, pela estrutura, pelas operações. O *back-office* é constituído por todas as funções tradicionais da organização, mas também por algumas funções mais específicas como por exemplo a manutenção, a limpeza entre outras.

C – Relações dos Clientes entre si

O cliente é um elemento fundamental no processo, sendo a sua presença indispensável. Normalmente um serviço não é oferecido isoladamente a um cliente, uma vez que em simultâneo no mesmo local estarão outros clientes. Os clientes por estarem no mesmo local influenciam a qualidade e o nível de satisfação do serviço prestado. Por exemplo, quando um utente se desloca a um centro de saúde para marcar uma consulta e tem de esperar uns largos minutos para o conseguir porque possui outros utentes à sua frente, isso tem reflexos no seu nível de satisfação.

2.2.2.3 Sistema SERVQUAL

A qualidade do serviço é uma questão pertinente e que influencia os consumidores quando fazem as suas escolhas. O consumidor avalia os serviços com base em critérios que nem sempre são semelhantes aos que utiliza para avaliar produtos. Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990) identificaram dez critérios que servem de base à avaliação da qualidade do

serviço: segurança, acessibilidade, credibilidade, tangibilidade, fiabilidade, rapidez, competência, cortesia, comunicação, e conhecimento do consumidor.

Segundo Kotler e Keller (2006, p. 406) a qualidade do serviço de uma organização é *“testada sempre que o serviço é prestado”*.

A qualidade do serviço pode ser avaliada pelas diferenças entre as expectativas dos consumidores e as percepções em relação ao serviço, uma vez que, normalmente é feita a comparação entre o serviço esperado e o serviço percebido. As expectativas dos consumidores são formadas em função de experiências anteriores, do passa-palavra, das suas necessidades e da comunicação externa (veja-se figura nº 8).

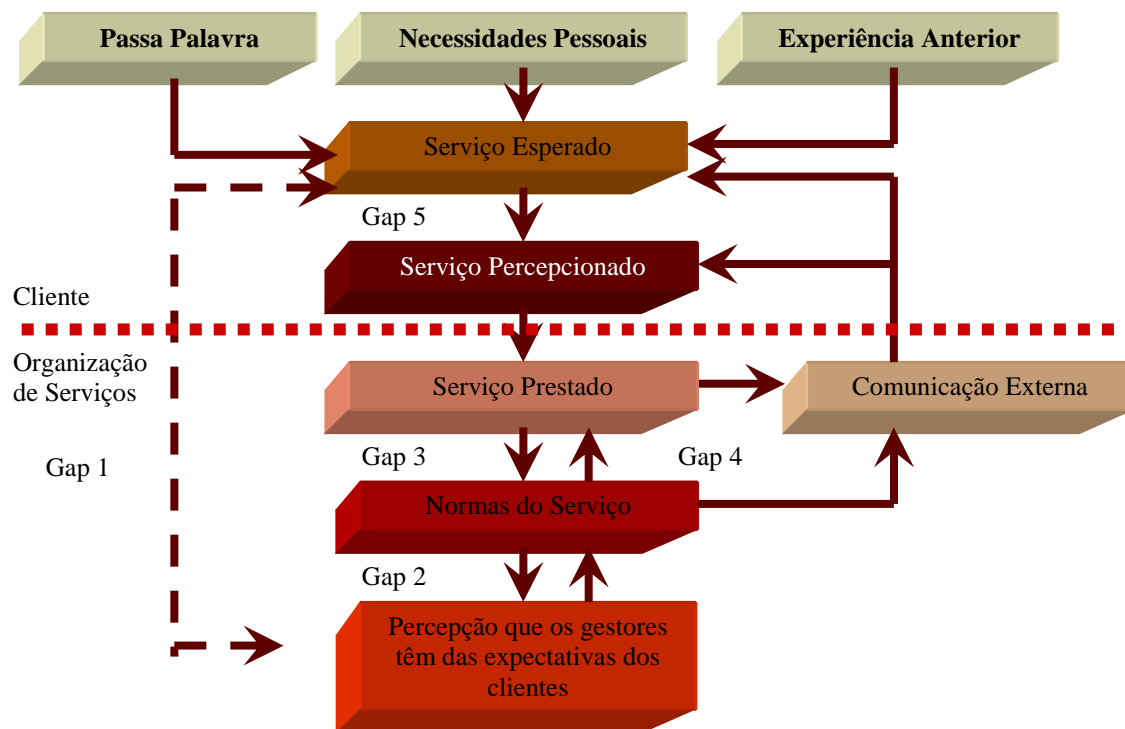
Figura nº 8 – A Percepção da Qualidade de Serviço



Fonte: Lendrevie et al, 2004, p. 566

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, p. 44) desenvolveram o modelo de qualidade dos serviços - SERVQUAL, conforme ilustra a figura nº 9, que permite medir a satisfação dos clientes de uma organização de prestadora de serviços.

Figura nº 9 – Modelo SERVQUAL



Fonte: Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985, p. 44 e Lendrevie et al, 2004, p. 566

Neste modelo os autores identificam cinco lacunas que levam ao fracasso na prestação de serviços (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985, p.44; Zeithaml e Bitner, 1996, p. 46; Kotler e Keller, 2006, P. 566; Lendrevie et al., 2004, p.407):

- lacuna 1 é o deficiente conhecimento das expectativas e necessidades dos clientes/consumidores por parte dos gestores, por exemplo, o Director do Centro de Saúde pode achar que os utentes querem salas de espera mais acolhedoras, quando na verdade, eles estão mais preocupados, com o tempo de espera para serem atendidos.
- lacuna 2 é a ausência de normas que regulem a prestação dos serviços, ou seja, os gestores podem conhecer os desejos dos clientes/consumidores, mas não serem capazes de estabelecer normas de desempenho, por exemplo, em relação ao tempo de espera, aos prazos de entrega, à rapidez na execução do serviço. A título de exemplo, o Director do Centro de Saúde dizer ao pessoal administrativo que estes têm de ser mais rápidos a atender os utentes, mas não o especifica quantitativamente.

- lacuna 3 é a não conformidade entre o serviço prestado e as normas existentes, por deficiência dos meios ou do pessoal, ou seja lacuna entre as especificações da qualidade dos serviços e a sua entrega. Os colaboradores podem ter sido mal treinados, ou desinteressados ou incapazes em relação às normas. Por exemplo, o Director de Centro de Saúde dizer aos administrativos para dedicarem todo o tempo que for necessário a ouvir os utentes e atendê-los rapidamente.
- lacuna 4 é a diferença entre o serviço prestado e a promessa de comunicação, ou seja as expectativas dos clientes/consumidores são afectadas por declarações feitas por representantes da empresa e por mensagens transmitidas pela estratégia de comunicação. Por exemplo, através de cartazes o Centro de Saúde transmite aos utentes que tem um atendimento afável, mas quando o utente lá chega percebe que de facto não é assim.
- lacuna 5 é a que traduz a insatisfação de um consumidor face ao serviço esperado, uma vez que o consumidor não percebe a qualidade do serviço. Esta lacuna pode acontecer em função de uma das lacunas anteriores ou em função de várias.

Segundo Berry e Parasuraman (1991, p. 16) existem cinco factores que são determinantes na qualidade dos serviços:

- fiabilidade – capacidade de prestar o serviço tal como foi prometido;
- capacidade de resposta – disposição para auxiliar o cliente e fornecer o serviço dentro do prazo estipulado;
- segurança – o conhecimento e a cortesia dos colaboradores e a habilidade de transmitir confiança e segurança;
- empatia – a atenção individualizada e dispensada aos clientes;
- tangibilidade – a aparência das instalações físicas, dos equipamentos, dos funcionários e do material de comunicação.

Um número considerável de investigadores não conseguiu identificar as 5 dimensões subjacentes a este modelo. Existem diversos estudos que indicam que elas podem variar até 8, devendo os itens em algumas dimensões ser expandidos por razões de fiabilidade (Carman, 1990, p.34). As principais críticas, ao modelo, colocam-se ao nível do número de dimensões e à sua estabilidade de contexto para contexto. As circunstâncias contextuais e

os processos analíticos têm influência no número de dimensões de acordo com esse contexto, pelo que os investigadores devem trabalhar com as 10 dimensões originais.

O SERVQUAL é um instrumento que pode ser utilizado num largo conjunto de serviços, no entanto alguns itens necessitam de ser adaptados ao tipo de serviço em causa.

2.2.3 Satisfação

De acordo com diversos autores (Rust e Zahorik, 1993; Anderson, Fornell, Lehmann, 1994; Anderson e Sullivan, 1993 e Llorens, 1996) a rentabilidade futura das organizações depende da satisfação dos clientes/consumidores. Nesta sequência muitos dos estudos na área do marketing dedicam-se a esta problemática.

De acordo com Fornell et al. (1996), existem, pelo menos, dois conceitos de satisfação do consumidor: satisfação específica de uma transacção e satisfação cumulativa. A primeira refere-se à avaliação de uma situação específica de compra ou consumo; a segunda é a completa avaliação feita sobre uma total experiência de compra ou consumo. Sob o ponto de vista aplicado, a satisfação acumulada é mais atraente porque fornece uma indicação clara e fundamental da performance actual e de longo prazo de uma empresa ou mercado.

De facto, para a maioria dos autores, o grau de satisfação decorre de uma comparação efectuada pelo consumidor, comparação esta que confronta o resultado da transacção com uma referência anteriormente existente (Spreng, MacKenzie e Olshavsky, 1996). O resultado desse processo comparativo pode ser positivo, negativo ou neutro, causando, assim, satisfação ou insatisfação (Oliver, 1997). Segundo Estebán (2000, p. 345) a satisfação do consumidor é “*o resultado da comparação entre a percepção dos benefícios com as expectativas*”. Caso as percepções superem as expectativas, os consumidores ficam satisfeitos e associam qualidade ao serviço. Quando as percepções e as expectativas são coincidentes não existe satisfação, pois recebe-se o esperado. Quando as percepções são inferiores às expectativas produz-se insatisfação.

Segundo o posicionamento de Oliver (1997), observa-se que no processo de satisfação tem-se de levar em consideração os diferentes tipos do estado inicial e final em que se encontra o indivíduo, assim como o processo que ocorreu no mesmo. Para este autor, o processo de satisfação pode ser classificado em quatro formas:

- quando o consumidor conhece o resultado, mantendo o mesmo nível de satisfação, caracterizando-se como “contentamento”;
- quando o consumidor busca prazer e o obtém, tornando-se mais satisfeito, caracterizando-se como uma forma de prazer;
- quando os resultados do processo de comparação ocorrem acima das expectativas, levando o consumidor a sentir-se extremamente satisfeito, caracterizando-se como uma forma de encantamento;
- quando o consumidor deixa de se sentir insatisfeito, caracterizando-se como um estado de alívio.

Segundo, Alves (2003, p. 122) a “influência que a satisfação exerce durante os diferentes estados do ciclo de consumo é grande - intervém contra a corrente da actividade de compra; pesa a decisão; manifesta-se como aval”. Segundo este autor a utilidade de um serviço leva à satisfação da necessidade através de diferentes mecanismos, que na sua opinião são:

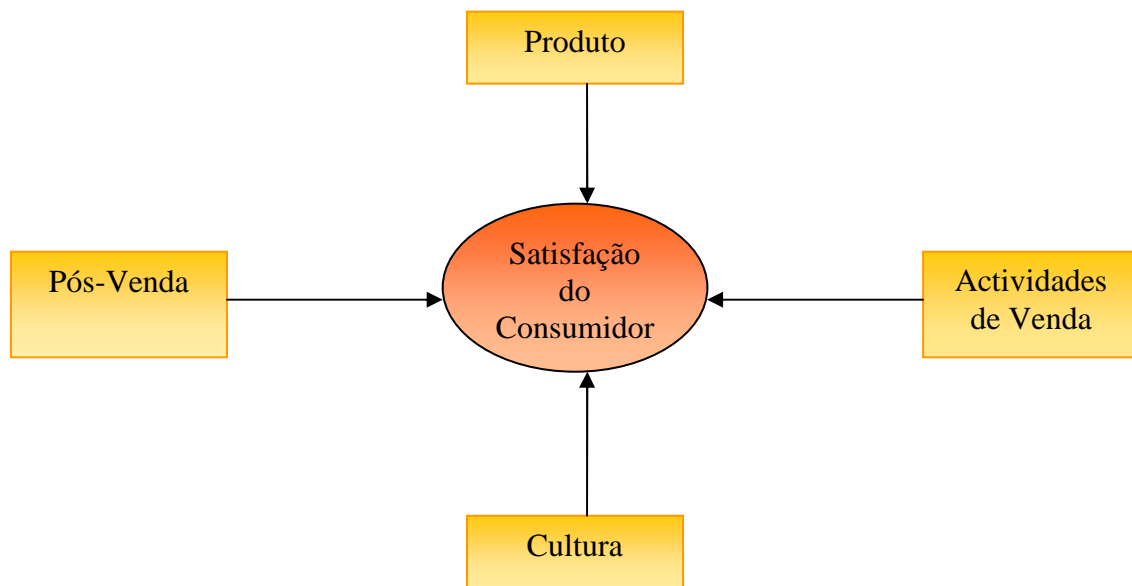
o valor – nasce da confrontação entre a subjectividade do indivíduo e a objectividade do meio;

e o desejo - está associado à utilidade, uma vez que é nela que se estabelecem as diferenças do sujeito.

Os autores Lele e Jagdish, (1989, p.71) defendem que existem quatro factores chave que distinguem a satisfação do consumidor, conforme se pode verificar na figura nº 10.

Estes quatro factores, em simultâneo, exercem influência sobre a satisfação do consumidor no momento da compra e do pós-compra.

Figura nº 10 – Factores fundamentais da satisfação do consumidor



Fonte: Lele e Jagdish, 1989, p.71

2.2.3.1 Conhecer a Satisfação dos Consumidores

Conhecer a satisfação dos consumidores é extraordinariamente útil por várias razões: permite verificar a eficácia da acção da organização; orienta os esforços da organização para melhorar e manifesta ao consumidor a vontade de o satisfazer (NOYÉ, 1998, p.30).

O mesmo autor, no que diz respeito às informações sobre satisfação dos clientes, propõe o seguinte (figura nº 11):

- O que sabemos – Em grupo enumerar as ideias da insatisfação e fazer uma triagem;
- A consulta de dossiers – examinar as cartas de reclamação, os pedidos de reembolso e examinar a correspondência trocada com os clientes;
- A observação dos clientes – aproveitar os contactos com os clientes para tomar nota dos problemas assinalados por estes e observar o seu comportamento não verbal;
- Questionar os clientes – inquirir os clientes de forma informal na ocasião dos contactos. Quando se justifique podem utilizar-se outras formas de abordagem, como o questionário, o telefone ou o número verde.

Figura nº 11 – Informações Sobre Satisfação dos Clientes



Fonte: Noyé, 1998, p.34

A avaliação da satisfação é realizada com objectivos diferentes:

- Informativo, de busca de informação sobre como vai o desempenho da organização e o que precisa de ser alterado, na perspectiva de uma amostra de clientes, ou do universo dos clientes, por segmentos (Pizam e Ellis, 1999).
- Comunicacional - ao inquirir os clientes, a empresa está a abrir um canal de comunicação, que é visto pelos consumidores como um sinal de interesse nas suas opiniões (Pizam e Ellis, 1999).

O autor Naumann (*citado por* Pizam e Ellis, 1999), refere cinco objectivos para se medir a satisfação dos clientes:

- Ficar mais próximo do consumidor – saber quais os atributos mais importantes para o consumidor, descobrir os que afectam a sua decisão de compra, a sua importância relativa e avaliação da performance de cada atributo.

- Medir a melhoria contínua – os atributos significantes estão ligados directamente ao valor do processo na empresa, utilizando as medidas internas para avaliar o processo.
- Para atingir os consumidores que proporcionem melhorias – nem todos os clientes são boas fontes de inovação;
- Para medir as forças e fraquezas – determinar as percepções dos clientes em relação aos concorrentes, isto é, inquirir possíveis e futuros consumidores, bem como actuais e passados clientes;
- Para ligar os dados da medição da satisfação ao sistema interno.

As pesquisas de satisfação de clientes podem ajudar as organizações de Saúde na manutenção de metas de satisfação, na resolução de problemas, na mensuração dos progressos, e na melhoria do atendimento das necessidades dos pacientes na área da Saúde (Spaeth, 2001).

Mirshawaka (1994), num estudo realizado num Hospital detectou que muitos factores influem na satisfação do cliente. É importante para o paciente que os centros de saúde se preocupem em facilitar o acesso, de forma receptiva, às necessidades e solicitações. Assim, são indicadores de satisfação: o rápido atendimento das enfermeiras em relação à assistência médica; a atenção dos médicos; o tempo que cada médico dedica a cada paciente; a cortesia e cuidados necessários a cada caso; diminuição do tempo de espera e um ambiente que ofereça segurança.

O mesmo autor refere que a comunicação também é importante e aqui os indicadores estão relacionados com: a disponibilidade dos médicos e das enfermeiras; as respostas claras dos médicos sobre as dúvidas dos pacientes; a atenção e explicação das condições de saúde do paciente pelo médico.

Por fim, Mirshawaka (1994) ainda refere que o profissionalismo também é um factor importante na satisfação do paciente. A este nível os indicadores são: o tratamento adequado; a explicação do papel do pessoal de enfermagem no tratamento do paciente; o respeito à privacidade do paciente pela equipa; a boa imagem dos médicos; o

profissionalismo da equipa de enfermagem e dos demais profissionais e o respeito ao descanso do paciente.

2.2.4 Síntese

Após a revisão bibliográfica sobre o tema, a Qualidade, é um conceito com muitos anos mas muito difícil de definir, pois depende das percepções e expectativas de cada um. A qualidade tem vindo gradualmente a ocupar um lugar de destaque no seio das organizações.

A aplicação da gestão da qualidade total beneficia não apenas os clientes, que passam a dispor de produtos e serviços de qualidade, mas também a organização, na medida em que possibilita a redução de custos e uma maior eficiência operacional. É um processo contínuo, cujo objectivo é estabelecer uma cultura de excelência, que implica a organização no seu todo e está voltada para a satisfação do cliente.

“Total” significa aqui a procura da qualidade em todas as dimensões possíveis da produção e de análise das necessidades, de forma a avaliar os serviços prestados aos clientes. Quando se faz referência à qualidade total, pode ser tanto à organização como ao produto/serviço, e não só à relação final ou ao serviço prestado ao cliente externo.

Os serviços têm algumas características diferentes dos bens, logo em termos operacionais têm uma aplicabilidade diferente.

Os serviços são: intangíveis, os serviços não podem ser vistos, tocados, sentidos, ouvidos ou cheirados antes da compra; inseparáveis, os serviços não podem ser separados dos seus provedores; variáveis, a qualidade dos serviços depende de quem os executa e de quando, onde e como são executados; e perecíveis, os serviços não podem ser armazenados para venda e ou uso posterior.

Os tipos de marketing que se podem encontrar nos serviços são vários, nomeadamente: marketing interno, marketing externo e marketing relacional e transaccional.

A relação com o cliente é muito importante. A qualidade da prestação do serviço está intimamente ligada com o atendimento de quem prestou o serviço.

A qualidade do serviço é uma questão pertinente e que influencia os consumidores quando fazem as suas escolhas. O consumidor avalia os serviços com base em critérios que nem sempre são semelhantes as que utiliza para avaliar produtos.

O grau de satisfação decorre de uma comparação efectuada pelo consumidor, quando confronta o resultado de uma transacção com uma referência anteriormente existente.

Caso as percepções superem as expectativas, os consumidores ficam satisfeitos e associam qualidade ao serviço. Quando as percepções e as expectativas são coincidentes não existe satisfação, pois recebe-se o esperado. Quando as percepções são inferiores às expectativas produz-se insatisfação.

A satisfação dos utentes pode ajudar as instituições de Saúde, na manutenção de metas de satisfação, na resolução de problemas, na medição dos progressos, e na melhoria do atendimento das necessidades dos pacientes na área da Saúde.

2.3. Serviço Nacional de Saúde

O sistema de saúde resulta de um processo evolutivo de aperfeiçoamento constante, influenciado por determinantes diversificadas que não dependem apenas das decisões governamentais, mas também da participação e adesão das forças envolvidas, destacando-se os profissionais de saúde e, em especial, os cidadãos.

Em Portugal, o serviço de saúde público está estruturado com base no Serviço Nacional de Saúde (SNS), cujos estatutos constam do Decreto-Lei nº11/93 de 15 de Janeiro.

O SNS tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva.

2.3.1 Breve História do Serviço Nacional de Saúde

A organização dos serviços de saúde sofreu, através dos tempos, a influência dos conceitos religiosos políticos e sociais de cada época.

O Dr. Ricardo Jorge inicia, em 1899, a organização dos "Serviços de Saúde e Beneficência Pública, cuja regulamentação entrou em vigor, em 1903. A prestação de cuidados de saúde era então de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.

A Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946, estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes: Hospitais das Misericórdias, Estatais, Serviços Médico-Sociais, de Saúde Pública e Privados.

Em 1971, com a reforma do sistema de saúde e assistência “a reforma de Gonçalves Ferreira”, surgiu o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde (SNS). São explicitados princípios, como sejam o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde; a integração de todas as actividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados, e ainda a

noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais.

Só a partir de 1974 é que a política de saúde em Portugal sofreu grandes transformações, tendo então, surgido condições políticas e sociais que permitiram, em 1979, a criação do SNS. Em 1976, o “despacho Arnault” abriu acesso aos postos de Previdência Social a todos os cidadãos independentemente da sua capacidade contributiva.

Nos anos 90 é aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e é publicado o novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93, que cria as unidades integradas de saúde. Estas unidades integradas pretendem viabilizar a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. Vários Diplomas foram surgindo de forma a consolidarem o Sistema Nacional de Saúde: a nova Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro), o Regulamento das Administrações de Saúde (Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro).

Em 1999 foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que são um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos.

O Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio, estabelece o regime dos sistemas locais de saúde e o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde. O último, é o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril que apresenta alguns aspectos de realçar. No artigo 1.º, é referido o seguinte:

“2 — A rede de prestação de cuidados de saúde primários é constituída pelos centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, e, ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades, com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação.

3 — A rede de cuidados de saúde primários promove, simultaneamente, a saúde e a prevenção da doença, bem como a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza, através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere.”

No artigo 6º, vêm mencionados os objectivos dos centros de saúde, “dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida, incluindo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como o desenvolvimento de actividades específicas dirigidas às situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde”. O artigo 10º estrutura que “cada centro de saúde pode dispor das seguintes unidades funcionalmente integradas:

- a) Unidade de cuidados médicos;*
- b) Unidade de apoio à comunidade e de enfermagem;*
- c) Unidade de saúde pública;*
- d) Unidade de gestão administrativa”.*

Com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar, através da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE).

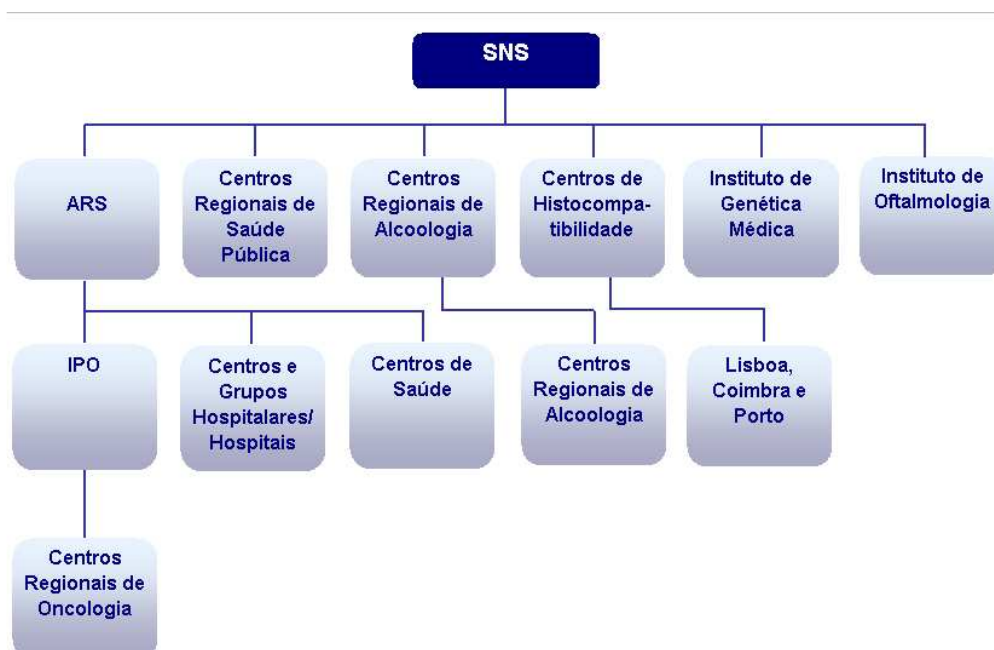
2.3.2 Objectivos e Organização do SNS

O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva. Goza de autonomia administrativa e financeira, estrutura-se numa organização descentralizada e

desconcentrada, compreendendo órgãos de âmbito central, regional e local, e dispõe de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e serviços prestadores de cuidados de saúde diferenciados. É apoiado por actividades de ensino que visam a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

O Serviço Nacional de Saúde é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde, conforme se pode observar na figura nº 12.

Figura nº 12 – Organograma do SNS



Fonte: SNS

O SNS organiza-se em Regiões de Saúde e estas dividem-se em Sub-Regiões de Saúde (correspondem aos distritos) integradas por áreas de saúde (correspondem normalmente aos municípios).

Os estatutos do SNS criam cinco Regiões de Saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, sendo estas regulamentadas pelo Decreto-Lei nº254/82 de 29 de Junho.

São beneficiários do S.N.S.:

- todos os cidadãos portugueses;

- os cidadãos nacionais de Estados membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis;
- os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade e os cidadãos apátridas residentes em Portugal.

2.3.3 Centros de Saúde

A missão do Centro de Saúde implica que uma parte substancial da sua actividade e cuidados se dirijam à comunidade que serve, incluindo abordagens preventivas e de promoção da saúde de âmbito ambiental a grupos específicos, abordagens de prevenção terciária dirigidas ao indivíduo ou às famílias, entre outras.

Os serviços do Ministério da Saúde e Assistência foram reorganizados de forma inovadora, em 1971, através dos Decreto-lei 413/71 e 414/71, de 27 de Setembro, também conhecidos como a “Reforma de Gonçalves Ferreira”. Como consequência desta nova legislação na década de 70 surgem os primeiros Centros de Saúde. Em 1983/84 é aprovado o regulamento dos Centros de Saúde.

O Estado tem de assumir a responsabilidade de providenciar os cuidados de saúde primários aos cidadãos e às suas famílias, promovendo a constituição de equipas multi-profissionais que incluam médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, administrativos, auxiliares e outros profissionais de saúde. O exercício integrado da actividade clínica em equipa implica a responsabilização de uma liderança, o exercício das tarefas e competências profissionais de forma planeada e por objectivos, ao qual se associam incentivos à produtividade e à qualidade assistencial. Neste sentido, pelo Despacho nº 25 521/2001, de 22 de Novembro, o Grupo Nacional e os Grupos Regionais de “*Apoio à Implementação dos Centros de Saúde da Terceira Geração*”, iniciaram os seus trabalhos elaborando um documento denominado Manual para Implementação dos CSTG (Centros de Saúde de Terceira Geração) - “*Manual para a Mudança*”. Com a elaboração deste manual, pretendeu-se descrever o que se entende por CSTG, constituindo em simultâneo um conjunto de directrizes que visam contribuir para a solução dos problemas que, poderão decorrer ao longo da implementação, que ainda está a decorrer.

Os Centros de Saúde de Terceira Geração são pessoas colectivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde. Assim, em 2006 iniciou-se a implementação dos CSTG, surgindo em Portugal as primeiras Unidades de Saúde Familiares. No Alentejo, as primeiras Unidades de Saúde Familiares, abriram em Évora, a 27 de Novembro de 2006 - *Eborae e Planície*.

O Programa do XVII Governo Constitucional na área da saúde presta uma especial atenção ao nível dos cuidados de saúde primários e à sua importância na ligação ao utente, por serem o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde. Para dar cumprimento ao programa do Governo, foi criado o Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 27 de Abril, que tinha como objectivo definir frentes de trabalho e metas operacionais, identificar as medidas operacionais e actividades, a executar de forma calendarizada de forma a concretização o plano. Este grupo apresentou, dentro do prazo previsto, as linhas de acção prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, que prevêem a criação de uma estrutura de missão para a condução do projecto.

O Centro de Saúde é a unidade básica do Serviço Nacional de Saúde onde são prestados cuidados de saúde à população. Neste espaço trabalha:

- um conjunto de pessoas que se dedica à prestação de cuidados de saúde essenciais, preventivos ou curativos: Médicos de Família, Médicos de Clínica Geral, Médicos de Saúde Pública, Enfermeiros;
- um outro grupo que não presta cuidados de saúde, mas faz a ligação Médico/Utente, o pessoal administrativo;
- um grupo que apoia todos os serviços, mantendo a higiene e segurança do edifício, o pessoal auxiliar, e
- podem ainda trabalhar outros profissionais especializados: Técnicos de Serviço Social, Higienistas Orais, Técnicos de Saúde Ambiental, Nutricionistas, Psicólogos e Técnicos de Laboratório.

Todas estas pessoas que trabalham nos Centros de Saúde e nas mais diversas áreas prestam serviços aos cidadãos.

As consultas do Centro de Saúde servem para vigiar a saúde dos utentes, principalmente dos grupos que necessitam de atenção especial, tal como: crianças, grávidas, idosos, determinados grupos profissionais e pessoas com doença crónica. Estes grupos devem ter consultas programadas e periódicas para vigiar regularmente a sua saúde.

Cada utente tem direito a escolher e a inscrever-se no Médico de Família que trabalha no Centro de Saúde da sua área de residência. Para se inscrever deve dirigir-se ao Centro de Saúde da sua área de residência. Caso o médico que o utente prefere tenha a sua lista de utentes completamente preenchida, este será aconselhado a optar por um dos médicos em cuja lista existam vagas.

2.3.4 Região de Saúde do Alentejo

Como a parte empírica do trabalho se centra em dois centros de saúde que fazem parte da Região de Saúde do Alentejo, procederemos efectuar uma breve caracterização desta região.

A Região de Saúde do Alentejo, ou seja, a Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA), *tem como* âmbito de acção a região Alentejo. Esta ARS, tal como as outras visa coordenar as ofertas e otimizar os recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários para a comunidade que serve.

Segundo a Presidente do Conselho de Administração da ARSA, Dr^a Rosa Matos,

“a ARSA conta com um conjunto alargado de infra-estruturas e equipamentos e com uma equipa de profissionais de saúde, empenhada, mobilizada e disponível para dar o melhor de si própria ao serviço das populações. Conta ainda com a cooperação das Autarquias e das Associações, que complementam e facilitam a criação de condições para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade. Numa região vasta, demograficamente envelhecida e fracamente povoada, a articulação dos cuidados, os cuidados continuados e a adopção de métodos e tecnologias que permitam um acompanhamento de qualidade e de proximidade às populações, constituem prioridades para a acção da ARSA.” in site ARSA.

O Alentejo ocupa uma superfície de mais de 26000 Km², cerca de 1/3 do território nacional, estando delimitado a norte pelo rio Tejo, a sul pela Serra Algarvia, a leste pela Espanha e a oeste pelas praias do Oceano Atlântico.

Esta é uma região que, face à sua dimensão, pode caracterizar-se, conjuntamente, da seguinte forma:

- Povoamento concentrado, baixa densidade populacional;
- Decréscimo acentuado do número de efectivos populacionais;
- Declínio acentuado da fecundidade e índice de envelhecimento muito elevado;
- Existência de um grande número de famílias mono-parentais idosas;
- Elevado grau de analfabetismo;
- Dificuldades económico-sociais;
- Dificuldade na fixação de profissionais.

De acordo com os resultados definitivos de 2001 a população residente na Região de Saúde do Alentejo é de 461.883 habitantes, registando-se uma quebra de 3,2% face aos Censos de 1991. A estrutura etária da população da Região do Alentejo reflecte um envelhecimento acentuado e uma quebra nos nascimentos. Contudo, se em termos de percentagem de efectivos populacionais a situação é similar nos três distritos, embora Portalegre apresente um peso maior no grupo etário 65 e mais anos. O distrito de Portalegre é aquele que apresenta um envelhecimento mais acentuado e um índice de dependência total mais elevado no conjunto da região.

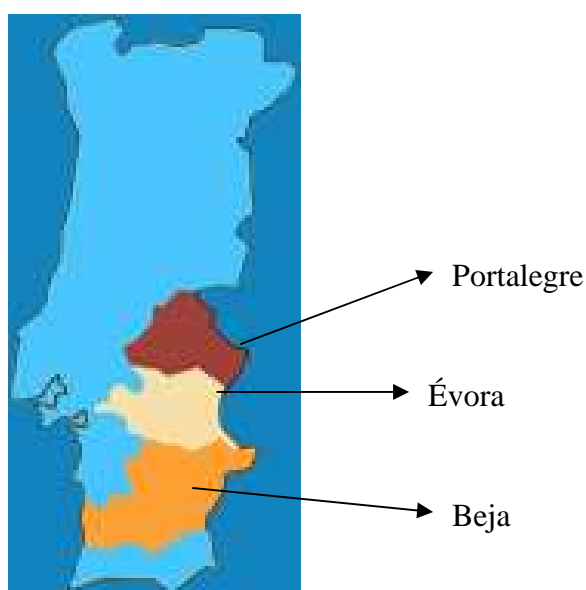
A Região de Saúde do Alentejo engloba três distritos aos quais correspondem as três sub-regiões de saúde (veja-se figura nº13):

- Sub-Região de Saúde de Beja que compreende 14 concelhos e 14 centros de saúde: Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Odemira, Ourique, Serpa e Vidigueira.
- Sub-Região de Saúde de Évora que abrange 14 concelhos e 14 centros de saúde: Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa.

- Sub-Região de Saúde de Portalegre que compreende 15 conselhos e 16 centros de saúde: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Montargil, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel.

A Região de Saúde do Alentejo abrange no Distrito de Beja os Hospitais Hospital José Joaquim Fernandes de Beja e Hospital São Paulo de Serpa, no distrito de Évora o Hospital do Espírito Santo de Évora e no Distrito de Portalegre os Hospitais Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre e Hospital de Santa Luzia de Elvas.

Figura nº 13 – Sub-Regiões de Saúde do Alentejo



Fonte: ARSA

No ponto seguinte serão caracterizados dois centros de saúde que fazem parte desta região e que irão ser objecto do estudo de caso: o Centro de Saúde de Montemor-o-Novo que se insere na Sub-Região de Saúde de Évora e o Centro de Saúde de Sousel que se insere na Sub-Região de Saúde de Portalegre.

2.3.5 Caracterização dos Centros de Saúde Objecto de Estudo de Caso

O estudo de caso irá recair sobre dois centros de saúde situados no Alentejo: Montemor-o-Novo e Sousel

2.3.5.1 Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

O Centro de Saúde de Montemor-o-Novo situa-se na cidade com o mesmo nome e serve toda a população do concelho, que segundo os censos de 2001, é de 18 594 (dezoito mil quinhentos e noventa e quatro) habitantes. Na cidade habita 59,2% da população de todo o concelho. Este concelho ao nível da área ocupada no território nacional é um dos maiores sendo composto por dez (10) freguesias, como se pode observar na figura nº 14.

O Centro de Saúde de Montemor-o-Novo está situado na parte velha da cidade, funcionando em 2 edifícios:

- um situado num antigo convento e que tem sofrido diversas adaptações ao longo dos anos de forma a prestar cuidados de saúde à população, onde é realizado o atendimento aos utentes que se dirigem ao Serviço de Atendimento Permanente e o Internamento. Neste edifício situam-se, ainda, vários serviços como o aprovisionamento, a secção de pessoal, a biblioteca, entre outros.
- Um de construção mais recente onde se situam os Gabinetes Médicos destinados aos vários tipos de consulta e as 2 secretarias para atendimento dos utentes.

Figura nº 14 - Mapa Administrativo do Município de Montemor-o-Novo



Fonte: <http://www.fisicohomepage.hpg.ig.com.br/mnn.htm>

2.3.5.1.1 - Organização

Actualmente o Centro de Saúde encontra-se organizado de acordo com o organigrama que consta da figura seguinte.

O Centro de Saúde presta os cuidados de Saúde através dos seguintes mecanismos: Consultas de Clínica Geral, no horário das 8 às 19h de 2ª a 6ª feira, Tratamentos de Enfermagem no horário das 9 – 19h de 2ª a 6ª feira e Atendimento Permanente 24h por dia todos os dias da semana.

Para servir melhor a população existem oito unidades de saúde rural (USR) e três sub-unidades de saúde rural (veja-se figura nº 15) distribuídas pelo concelho através de cinco eixos rodoviários:

- Escoural – USR Santiago do Escoural e Sub-unidade da Casa Branca;
- S. Cristóvão – USR de S. Cristóvão e Sub-unidade dos Baldios;
- Silveiras – USR das Silveiras e Cabrela;
- Lavre – USR de Lavre, Cortiçadas de Lavre e Foros de Vale Figueira;
- Cíborro – USR do Cíborro e Sub-unidade do Cortiço.

As Unidades de Saúde Rurais servem as necessidades das populações locais, sendo que algumas delas foram remodeladas recentemente. Estas unidades servem populações com diferentes dimensões. A maioria situa-se em localidades entre 500 a 1200 habitantes, apenas, as sub-unidades estão situadas em populações com um número de habitantes inferior a 180.

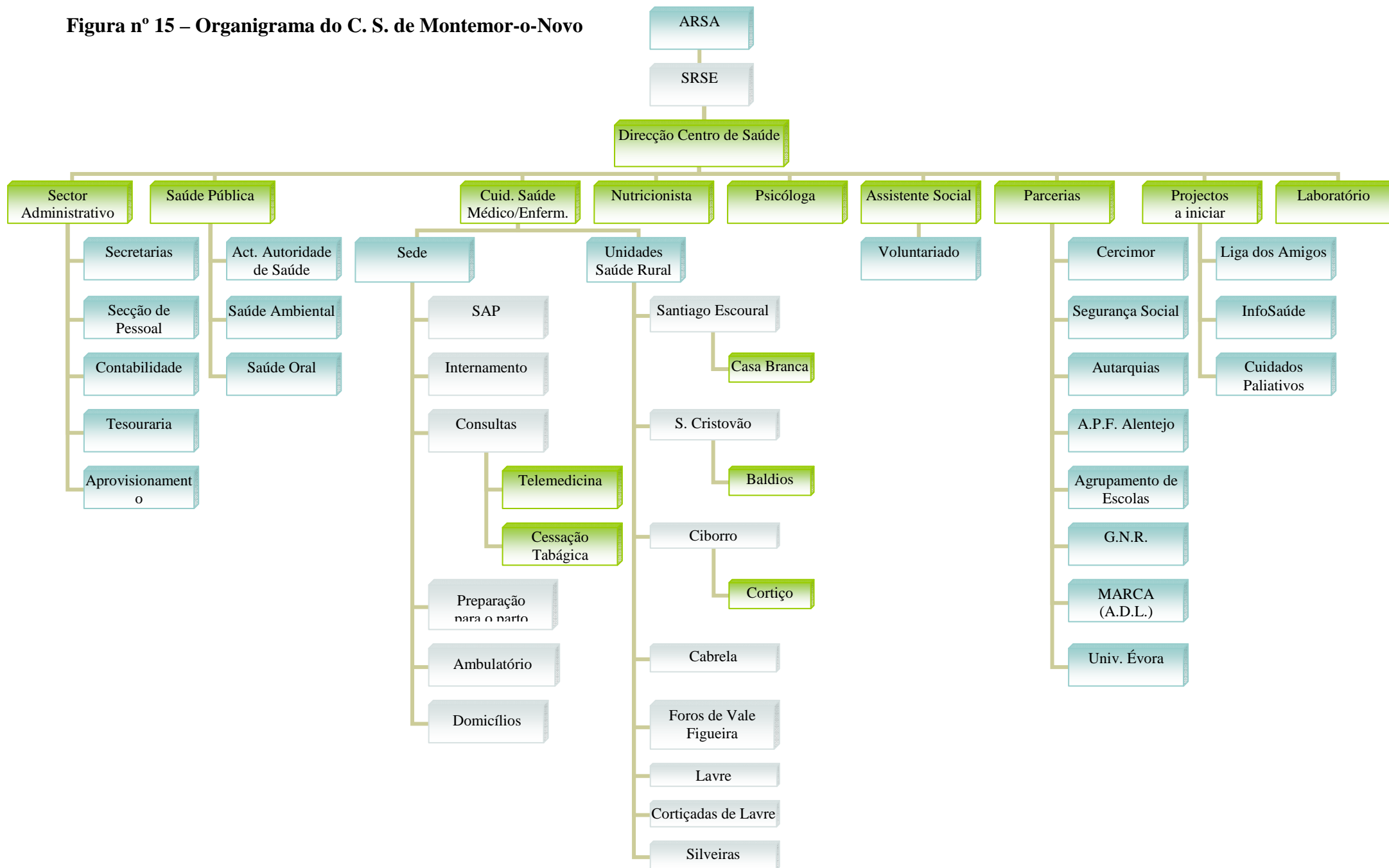
2.3.5.1.2 Quadro de Pessoal

Para que seja possível manter a prestação de cuidados de saúde, o Centro de Saúde, conta com vários grupos profissionais: Pessoal Administrativo, Pessoal Auxiliar, Pessoal Médico, Pessoal de Enfermagem e outros como Motorista, Telefonista, Técnico Saúde Ambiental, Assistente Social, Psicóloga, que estão distribuídos pela Sede e respectivas unidades e sub-unidades de saúde rural.

Actualmente o Centro de Saúde dispõe dos recursos humanos que constam do quadro nº 9.

Os Administrativos (vinte e três) estão divididos pelas várias categorias que existem na carreira administrativa. Estes colaboradores não trabalham todos na sede, estão divididos pelas várias unidades rurais. As unidades rurais, mais pequenas (S. Geraldo, Cortiço, Casa Branca e Baldios) não têm consultas diárias, como tal algumas das funcionárias trabalham em mais do que uma unidade rural.

Figura nº 15 – Organigrama do C. S. de Montemor-o-Novo



No quadro geral deste Centro de Saúde existe o lugar de Chefe de Secção, mas este encontra-se sem Chefe de Secção há cerca de 3 anos, devido à anterior funcionária se ter aposentado e não ter sido substituída, uma vez que não tinha a idade limite para a reforma.

Quadro nº 9 – Recursos Humanos do Centro de Saúde Montemor-o-Novo

Direcção	Assistente Graduada de Clínica Geral
Médicos	1 Médico Saúde Pública
	8 Médicos Assistentes de Clínica Geral
	2 Médicos Assistentes de Clínica Geral
	1 Clínico Geral
	1 Médico Eventual Clínica Geral
Enfermeiros	4 Enfermeiros Especialistas
	15 Enfermeiros Graduados
	4 Enfermeiros por Acumulação de Funções
Higiene e Saúde Ambiental	1 Técnico Principal de Saúde Pública
Análises Clínicas e de Saúde Pública	2 Técnicas Principais
Pessoal Administrativo	3 Assistentes Administrativos Especialistas
	6 Assistentes Administrativos Principais
	4 Assistentes Administrativos
	8 Prestação de Serviços Administrativos (Recibo Verde)
Pessoal Auxiliar	3 Auxiliares de Acção Médica
	10 Auxiliares de Apoio e Vigilância
	1 Cozinheira
	1 Auxiliar de Alimentação
	1 Telefonista
	1 Motorista

Fonte: Elaboração Própria com base na informação cedida pelo Centro de Saúde em 16/10/2006

Os médicos, enfermeiros e técnicos deslocam-se às unidades rurais de saúde nos dias de funcionamento destas.

Não existem recursos humanos afectos à tarefa de limpeza, uma vez que esta é assegurada por 6 auxiliares de limpeza da empresa “Novaserviços”.

2.3.5.1.3 Serviços Prestados pelo Centro de Saúde

O Centro de Saúde possui um leque relativamente diversificado de valências que coloca ao dispor da população da sua área de intervenção: consultas com o médico de família, consultas de especialidade, Telemedicina, Exames complementares de diagnóstico, consultas SAP (serviço de atendimento permanente), consultas de recurso, serviço de saúde pública, serviço social marcação de consultas de especialidade e exames e unidade de internamento.

A – Consultas

São vários os tipos de consultas que se podem fazer no Centro de Saúde, algumas são de prevenção, outras são por situações clínicas agudas, outra por urgência ou emergência. Assim, existem os seguintes tipos de consulta:

- Consulta com o Médico de Família – estas podem ser ao nível da Saúde Adultos, Saúde Infantil e Juvenil, Planeamento Familiar e Saúde Materna;
- Consulta de Especialidade – Psicologia, Nutrição e Higiene Oral;
- Consulta no SAP – definem-se como sendo um tipo de atendimento para utentes em situação de urgência, emergência, acidentes e doenças agudas/ graves; este serviço funciona 24h por dia;
- Consulta de recurso – funciona em paralelo com as consultas no SAP, em alguns períodos do dia, de Segunda a Sexta-feira realizam-se das 9 às 14 horas e das 18 às 21 horas, ao fim-de-semana este período é contínuo, sendo das 9h às 21horas;
- Consulta de Telemedicina – consiste no exercício da medicina à distância cujos diagnósticos, intervenções, tratamentos, recomendações e outras informações são transmitidas através de sistemas de telecomunicações. A Telemedicina apresenta vantagens, como a facilidade de acesso às especialidades, diminuindo o tempo de espera, os custos relativos ao transporte do paciente e/ou imagem de diagnóstico.

B - Exames Complementares de Diagnóstico

A este nível no Centro de Saúde existe um laboratório que permite fazer análises clínicas e um aparelho de electrocardiograma no SAP. Os utentes podem realizar análises clínicas todos os dias de 2ª à 6ª feira das 8h às 16h. Os utentes não têm acesso aos

electrocardiogramas, uma vez que este está instalado no SAP e é de uso exclusivo deste tipo de consultas.

C- Serviço Saúde Pública

O Serviço Saúde Pública integra um médico da carreira de saúde pública e um técnico de saúde ambiental. As actividades do serviço são desenvolvidas em equipa com outros profissionais do Centro de Saúde como os Médicos de Clínica Geral e Familiar, Enfermeiros, Psicóloga, Assistente Social, Higienista Oral, Nutricionista e Técnicas de Laboratório e desenvolvendo-se em várias áreas:

- Programa Nacional Vacinação - Este programa é aplicado a toda a população desde o nascimento e ao longo da vida. Articula-se com as consultas de Saúde Materna, Saúde Infantil, Saúde Adultos, e, integra-se nas actividades de Saúde Escolar.
- Saúde Escolar - tem como objectivo a prevenção da doença e a promoção da saúde, integrando acções com todos os seus agentes: alunos, professores, funcionários não docentes e pais.

D- Serviço Social

O Centro de Saúde dispõe de Serviço Social para isso possui uma Técnica Superior de Serviço Social que presta esclarecimentos, apoia e protege os cidadãos em situações de particular fragilidade e dependência social. O Médico de Família ou outro profissional de saúde, os familiares, os vizinhos ou qualquer elemento da comunidade, pode solicitar este tipo de ajuda.

Neste Centro de Saúde o Gabinete do Utente está à responsabilidade da Técnica do Serviço Social. É junto deste Gabinete que o utente pode expressar por meio de sugestões ou reclamações as suas contribuições para melhor qualidade dos serviços. Neste Gabinete, faz-se ainda a análise, proposta de solução e resposta às situações apresentadas ao Gabinete do Utente.

A implementação do programa nacional “ Sim Cidadão” está a ser desenvolvida neste Gabinete.

E- Marcação de Consultas, Consultas de Especialidade e Exames

Uma vez que os Centros de Saúde, têm poucas Consultas de Especialidade e outros Exames Complementares de diagnóstico, estes podem ser feitos em Laboratórios e Centros de Diagnóstico com os quais o Serviço Nacional de Saúde tenha acordos, conforme o tipo de exame e urgência do mesmo assim é escolhido o local.

Neste Centro de Saúde, é possível fazer a marcação de consultas por telefone e também via Internet para o endereço electrónico do Centro de Saúde, evitando assim a deslocação do utente ao Centro de Saúde.

F- Unidade de Internamento

O Centro de Saúde de Montemor-o-Novo dispõe de uma Unidade de Internamento que funciona no antigo Hospital da Santa Casa da Misericórdia e que dispõe de 20 camas. As valências desta unidade de internamento são muito limitadas, apenas recebe utentes do concelho em fase de recuperação ou terminal e considerados casos sociais.

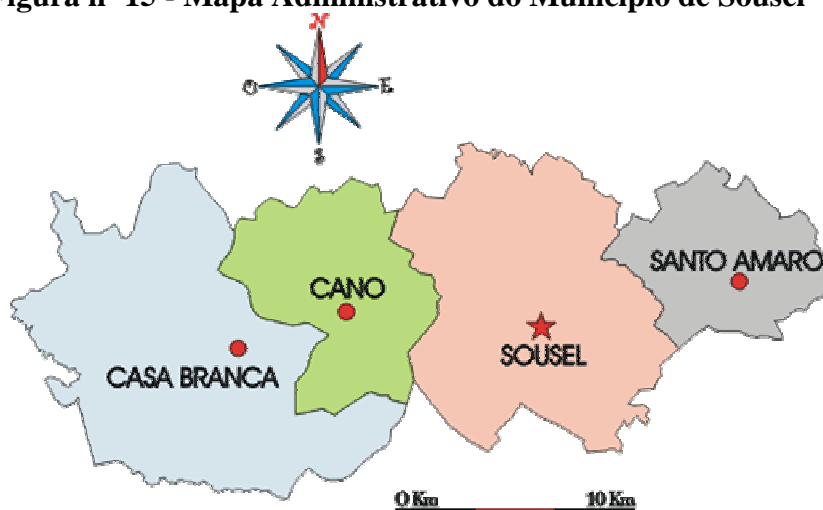
2.3.5.2 Centro de Saúde de Sousel

O Centro de Saúde de Sousel situa-se na vila com o mesmo nome e serve toda a população do concelho, que segundo os censos de 2001, é de 5780 (cinco mil setecentos e oitenta) habitantes. Este concelho é relativamente pequeno sendo composto por três (3) freguesias, como se pode observar na figura nº 16.

O Centro de Saúde de Sousel está situado numa extremidade da vila, num edifício novo construído de raiz e inaugurado em Novembro de 2004. Este é um dos mais recentes Centros de saúde do país, bem equipado, para prestar cuidados de saúde a uma população idosa.

O edifício do Centro de Saúde possui dois pisos e está organizado por cores consoante os tipos de serviço. Na entrada do Centro de Saúde existe um painel de identificação com a planta do edifício e com uma legenda a indicar a localização dos serviços existentes no Piso 0 e no Piso 1.

Figura nº 15 - Mapa Administrativo do Município de Souzel



Fonte: <http://www.fisicohomepage.hpg.ig.com.br/ssl.htm>

No Piso 0, são desenvolvidos serviços como: Fisioterapia, Consultas, Secretaria, SAP, Tratamentos e outros serviços de apoio ao utente. No Piso 1, ficam os Serviços Administrativos, Gabinete do Director, Gabinete de Utente, Biblioteca e o Gabinete de Saúde Pública.

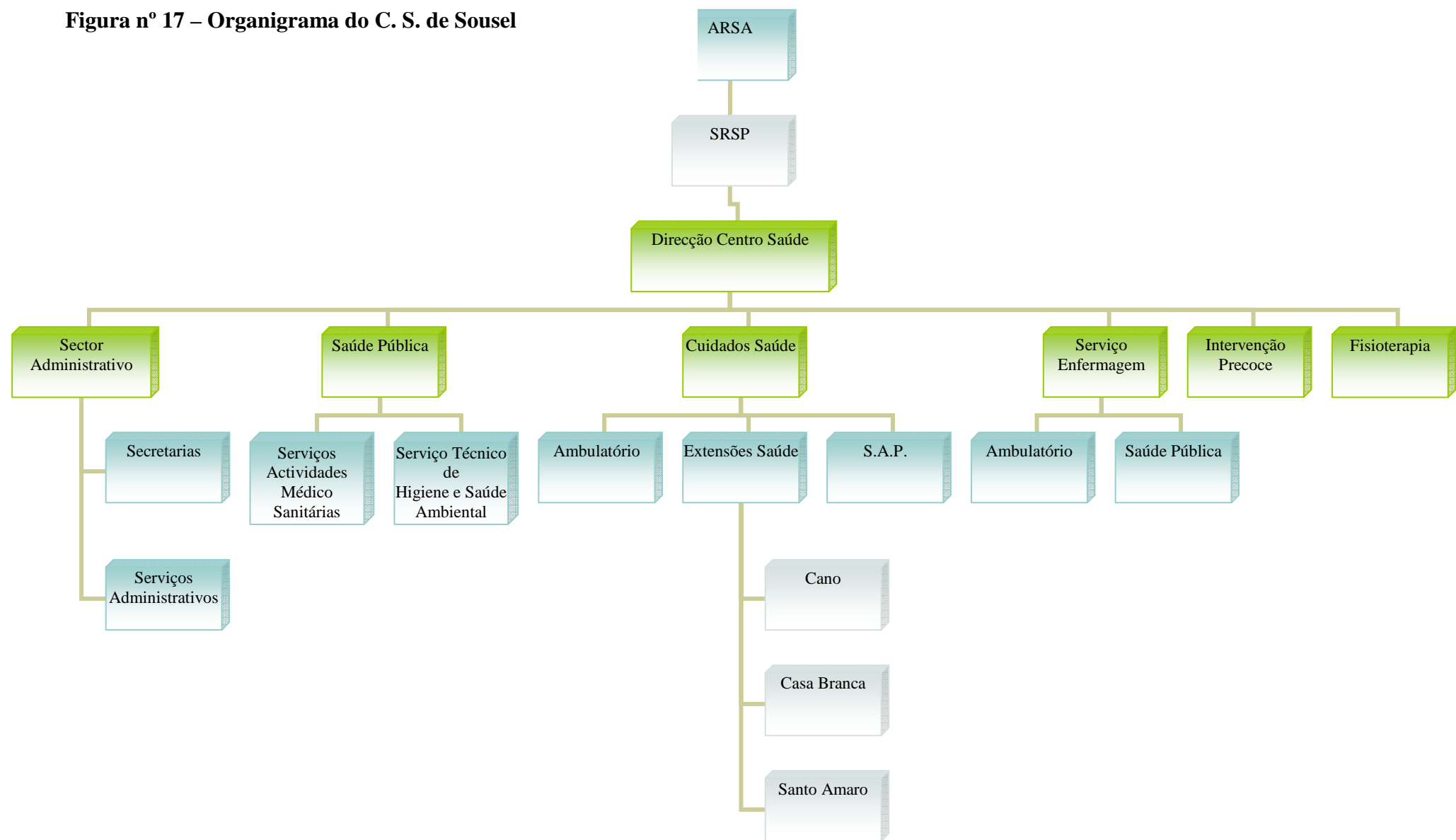
2.3.5.2.1 - Organização

Actualmente o Centro de Saúde encontra-se organizado de acordo com o organigrama que consta da figura seguinte.

O Centro de Saúde presta os cuidados de Saúde através dos seguintes mecanismos: Consultas de Clínica Geral, no horário das 9 às 18h de 2ª à 6ª, Tratamentos de Enfermagem, no horário das 9 – 20h de 2ª a 6ª e num horário mais reduzido ao fim-de-semana e Atendimento Permanente de 2ª a 6ª das 16h às 20h e aos fins-de-semana das 9h às 15h.

Para servir melhor a população existem três unidades de saúde rural (USR) a poucos quilómetros de distância (veja-se organigrama): Cano, Casa Branca e Sto Amaro.

Figura nº 17 – Organigrama do C. S. de Sousel



2.3.5.2.2 Quadro de Pessoal

Para que seja possível manter a prestação de cuidados de saúde, o Centro de Saúde, conta com vários grupos profissionais: Pessoal Administrativo, Pessoal Auxiliar, Pessoal Médico, Pessoal de Enfermagem e outros como Motorista, Telefonista, Técnico Saúde Ambiental, Fisioterapeuta e Equipa de Intervenção Precoce que estão distribuídos pela Sede e respectivas unidades de saúde rural.

Actualmente o Centro de Saúde dispõe dos recursos humanos que constam do quadro seguinte.

Quadro nº 10 – Recursos Humanos do Centro de Saúde Sousel

Direcção	Assistente Graduado de Clínica Geral
Médicos	1 Médico (Delegado de Saúde) Saúde Pública
	1 Assistente Graduado de Clínica Geral
	3 Assistentes de Clínica Geral
Enfermeiros	1- Enfermeira Chefe
	1- Enfermeiro Especialista
	8 - Enfermeiros Graduados
Higiene e Saúde Ambiental	1 Técnica de Saúde Ambiental
Pessoal Administrativo	1 Chefe de Secção
	3 Assistentes Administrativos Especialistas
	4 Assistentes Administrativos Principais
	1 Assistente Administrativo
Pessoal Auxiliar	2 Auxiliares de Apoio e Vigilância
	3 Auxiliares, pelos acordos da Segurança Social (Desemprego)

Fonte: Elaboração Própria com base na informação cedida pelo Centro de Saúde em 3/10/2006

Em relação aos administrativos seis (6) Administrativos trabalham na Sede e dois (2) nas extensões de saúde do Cano e de Casa Branca. Em relação à Extensão de Saúde de Santo Amaro, desloca-se da sede, um administrativo para apoiar o médico e os utentes, nas

consultas e outros actos administrativos. O quadro do Centro de Saúde não está todo preenchido.

Os médicos, enfermeiros e técnicos deslocam-se às unidades rurais de saúde nos dias de funcionamento destas.

2.3.5.2.3 Serviços Prestados pelo Centro de Saúde

O Centro de Saúde possui um leque relativamente diversificado de valências que coloca ao dispor da população da sua área de intervenção: consultas com o médico de família, consultas de especialidade, consultas SAP (serviço de atendimento permanente), serviço de saúde pública, fisioterapia, intervenção precoce e gabinete de utente.

A – Consultas

São vários os tipos de consultas que se podem fazer no Centro de Saúde, algumas são de prevenção, outras são por situações clínicas agudas, outra por urgência ou emergência. Assim, existem os seguintes tipos de consulta:

- Consulta com o Médico de Família – estas podem ser ao nível da Saúde Adultos, Saúde Infantil e Juvenil, Planeamento Familiar e Saúde Materna;
- Consulta de Especialidade – Ortopedia - O Centro de Saúde de Sousel tem um protocolo com o Hospital de Elvas, de onde vem uma vez por mês, um Especialista em Ortopedia para analisar os casos encaminhados pelo Médico de Família;
- Consulta de higiene oral - A Higiene Oral é efectuada por um elemento de Enfermagem, apoiado em consulta de especialidade, de acordo com protocolo com a Sub- Região de Portalegre.
- Consulta no SAP – define-se como sendo um tipo de atendimento para utentes em situação de urgência, emergência, acidentes e doenças agudas/ graves; este serviço funciona como foi referido anteriormente apenas algumas horas por dia, fora do horário de funcionamento os utentes deslocam-se ao Hospital Distrital de Portalegre (cerca de 60 Km), ou ao Centro de Saúde de Estremoz (17 Km), ou ao Hospital de Évora (60 Km) ou ao Hospital de Elvas (48 Km) conforme o critério do utente.

B- Serviço Saúde Pública

O Serviço Saúde Pública integra um médico da carreira de saúde pública e uma técnica de saúde ambiental. As actividades do serviço são desenvolvidas em equipa com outros profissionais do Centro de Saúde desenvolvendo-se em várias áreas:

- Programa Nacional Vacinação - Este programa é aplicado a toda a população desde o nascimento e ao longo da vida. Articula-se com as consultas de Saúde Materna, Saúde Infantil, Saúde Adultos, e, integra-se nas actividades de Saúde Escolar.
- Saúde Escolar – O responsável pela Saúde Escolar no Centro de Saúde é o Delegado de saúde, tendo a colaboração de um elemento de enfermagem. A Saúde Escolar desenvolve a sua acção com a colaboração de um dentista, nomeado pela Sub-Região de Saúde de Portalegre e as consultas de especialidade dos Hospitais de Portalegre, Elvas e Évora.

C - Fisioterapia

A população do concelho é bastante idosa, necessitando de vários cuidados de saúde. A Fisioterapia tem por objectivo a prevenção, a reabilitação e a reinserção dos pacientes, estando em curso um protocolo com as Juntas de Freguesia e com as IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social). O serviço de Fisioterapia funciona com uma técnica de fisioterapia, que trabalha com os utentes que pertencem a este Centro de Saúde.

D - Marcação de Consultas, Consultas de Especialidade e Exames

O Centro de Saúde efectua marcações de exames e consultas de especialidade, de acordo com o tipo de exame e urgência do mesmo, assim é escolhido o local. Os funcionários administrativos têm um papel fundamental, pois são estes que fazem a marcação dos exames avisando posteriormente os utentes.

Neste Centro de Saúde, as consultas raramente são marcadas pelo telefone, uma vez que os utentes deixam as consultas marcadas de consulta para consulta. Se necessário este método está à disposição dos utentes.

E - Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce exerce actividade no Centro de Saúde, por ser considerado o local onde se podem detectar mais precocemente as carências ou problemas na faixa etária até

aos 6 anos. Na equipa da Intervenção Precoce trabalha um grupo de profissionais especializados: uma Educadora de Infância, que coordena, uma Psicóloga, uma Terapeuta da Fala, e uma terapeuta ocupacional.

As situações são previamente sinalizadas pelo médico de família que faz o diagnóstico da situação.

F - Gabinete do Utente

Funciona em gabinete próprio no primeiro andar e está à responsabilidade da Chefe de Secção do Centro de Saúde, podendo os utentes ser atendidos, às Quartas-Feiras e Sextas-Feiras, pelas 14.00 horas. No entanto, é fácil o acesso ao livro de reclamações expondo as suas questões. As questões ou dúvidas frequentes que não são expostas em livro de reclamação, são resolvidas no próprio dia.

PARTE II

3. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

O presente estudo decompõe-se em diversas etapas e importa neste momento realçar as que se seguem.

Numa primeira etapa definiram-se os objectivos do estudo, seguido de uma segunda fase em que se formularam as hipóteses para posterior verificação. Em seguida, numa terceira fase, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em estudo.

Numa quarta etapa foi desenvolvido o estudo de forma a verificar a relação entre o pessoal administrativo, os utentes, a qualidade e o grau de satisfação dos utentes. O estudo previu uma primeira fase de entrevistas aos Administrativos que trabalham nos centros de saúde e aos Directores, no sentido de avaliar a política de recursos humanos existente, e uma segunda fase em que se procedeu à realização de questionários aos utentes, dos centros de saúde, de forma a avaliar o grau de satisfação destes, em relação aos funcionários administrativos do Centro. O estudo foi aplicado a dois Centros de Saúde, sedeados no Alentejo, mas com dimensão e localização numa Sub-Região de Saúde diferente, pertencendo um à Sub-Região de Saúde de Évora e o outro à Sub-Região de Saúde de Portalegre, respectivamente Centro de Saúde de Montemor-o-Novo e de Sousel.

Recolhida a informação, esta foi tratada de acordo com diversas técnicas e instrumentos de análise de dados, nomeadamente, a análise factorial e a análise de *clusters*. Em seguida, proceder-se-á à comparação entre as duas instituições. Terminaremos a investigação com as conclusões e as recomendações de forma a redefinir estratégias para melhorar a relação administrativo/utente/qualidade nos Centros de Saúde.

3.1. Objectivos e Hipóteses

Cada vez mais se fala e escreve sobre Qualidade, Critérios de Qualidade e Melhoria da Qualidade e Satisfação. A qualidade é uma variável que depende de vários factores: instalações, meios informáticos, Recursos Humanos, sendo estes os principais, pois

englobam a simpatia, a rapidez e eficiência do atendimento e os conhecimentos técnicos e científicos do pessoal médico, enfermeiros ou administrativos. Quando as instituições estão dotadas de bons recursos humanos, a organização e funcionamento do sistema pode fazer-se sentir ao nível da qualidade. Neste sentido, a qualidade depende directamente das pessoas que trabalham na organização.

Perante isto inicialmente definiram-se algumas questões de partida, nomeadamente:

- Será que variáveis como idade, sexo, estado civil do Administrativo, influenciam a qualidade do atendimento?
- Até que ponto as condições físicas de trabalho influenciam a motivação/satisfação?
- Em que medida os modelos de organização do trabalho adoptados têm impactos no desempenho e produtividade do colaborador?
- A procura de formação para o desenvolvimento de competências repercute-se na qualidade dos serviços prestados?

Em função destas questões definiram-se os objectivos desta investigação:

- 1) Analisar o papel do pessoal administrativo como agente promotor da qualidade dos serviços prestados em unidades de saúde;
- 2) Analisar a influência que o modelo de recursos humanos adoptado na gestão do pessoal administrativo tem na qualidade percebida pelos utentes de unidades de saúde.
- 3) Proceder a uma análise comparativa entre duas instituições de dimensão e localização diferenciada no que se refere aos níveis de satisfação dos utentes.

Perante os objectivos estabelecidos definem-se as seguintes hipóteses de estudo:

- 1) O pessoal administrativo desempenha um papel de crescente importância na obtenção de maiores níveis de qualidade na prestação dos cuidados de saúde.
- 2) O modelo de GRH utilizado na gestão dos administrativos influencia a qualidade de desempenho.
- 3) As Formas de Organização do Trabalho adoptadas têm impactos no desempenho e produtividade do colaborador.

Tendo em conta os objectivos da investigação formulou-se a metodologia através da qual esta se irá realizar.

3.2. Processo da Obtenção dos Dados

Tendo em atenção os objectivos mencionados anteriormente o processo de obtenção de dados irá dividir-se em dois momentos diferentes: o da recolha de informação secundária através da consulta e recolha de bibliografia em livros, revistas, trabalhos realizados, *Internet*, e bases de dados, e o da recolha de informação primária através da aplicação de questionários aos utentes e da realização de entrevistas semi-estruturadas aos funcionários administrativos e aos Directores dos Centros de Saúde.

Para iniciar a parte empírica do estudo estabeleceram-se contactos com os dois centros de saúde, Montemor-o-Novo e Sousel, de forma a solicitar a autorização para a investigação, relativamente ao papel dos administrativos na prestação dos cuidados de saúde. Após a resposta favorável dos mesmos, foi marcada uma reunião com os Directores, onde se definiu o como e com quem obter as informações necessárias para o desenvolvimento deste trabalho.

Esta parte do estudo divide-se em dois momentos: o do *design* do estudo e o do trabalho de campo, o que implica que o trabalho empírico desta dissertação se venha a desenvolver em diversas etapas: que vão desde a pesquisa exploratória até à avaliação e validação do trabalho de campo, passando pela elaboração dos guiões da entrevista e dos questionários, pela selecção do método de amostragem, pela realização das entrevistas aos Directores dos dois Centros de saúde e ao Pessoal Administrativo dos dois Centros de Saúde, pela aplicação de questionários aos utentes dos dois Centros de Saúde e pelo tratamento da informação obtida.

3.2.1 *Design* do estudo

O *design* do estudo passa por dois grandes momentos (Malhotra, 1996, p.86): o da pesquisa exploratória, que tem como objectivo o conhecimento e a compreensão sobre a situação em estudo, e o da pesquisa conclusiva que serve como auxílio ao investigador na determinação, avaliação e selecção em relação a uma dada situação.

3.2.1.1 Pesquisa Exploratória

A pesquisa exploratória serve para auxiliar o processo inicial de investigação. Os autores Malhotra (1996, p. 165-184), Churchill (1998, p. 118-129) e Zikmund (1997, p. 129-146) indicam quatro métodos de Pesquisa Exploratória: fontes de dados secundários, estudo piloto, estudo de casos e observação.

Para o desenvolvimento deste trabalho, a pesquisa exploratória consistiu na recolha bibliográfica, no levantamento documental e estatístico e na pesquisa de estudos efectuados, relativamente aos vários aspectos abordados, de forma a esclarecer e a clarificar os conceitos abordados ao longo da temática em estudo.

Em relação aos objectos de estudo foram visitados os dois Centros de Saúde, para conhecer as instalações, os espaços, os colaboradores e os serviços de cada um deles. Os directores dos mesmos disponibilizaram alguns documentos e informações aquando da visita.

3.2.1.2 Método da Recolha de Dados

Para este estudo desde o início se definiu que os directores de cada um dos Centros de Saúde, o Pessoal Administrativo e os utentes teriam que passar por entrevistas/questionários, uma vez que eram elementos chave na problemática em análise. Qualquer questionário/guião de entrevista possui três objectivos específicos, sendo estes (Malhotra, 1996, 319):

- a criação da informação necessária através das questões que irão ser colocadas aos entrevistados;
- a forma de elevar, motivar e encorajar o respondente a envolver-se na entrevista, a cooperar e a completá-la;
- a minimização dos erros de resposta.

Foram desenvolvidos três instrumentos de recolha de informação, todos pertencentes ao método da comunicação:

- Guião de entrevista semi-estruturada não disfarçada para aplicar aos Directores dos Centros de Saúde, com o objectivo conhecer a perspectiva destes no desempenho das suas funções, como agem na instituição e como gerem os recursos humanos de que dispõem;
- Guião de entrevista semi-estruturada não disfarçada para aplicar aos funcionários administrativos dos dois Centros de Saúde, com o objectivo de conhecer a opinião dos colaboradores de cada uma das Instituições relativamente ao trabalho desempenhado, à organização dos serviços, e percepção da qualidade dos serviços prestados aos utentes;
- Questionário estruturado não disfarçado para aplicar a uma amostra de utentes dos dois centros de saúde, com o objectivo de conhecer a opinião dos utentes face ao atendimento administrativo prestado no Centro de Saúde que frequentam.

Os métodos de administração dos instrumentos de recolha serão diferentes consoante seja a aplicação das entrevistas semi-estruturadas, tendo estas sido recolhidas via entrevista pessoal e os questionários foram auto-preenchidos pelos utentes, ou seja utilizando o método da correspondência.

3.2.1.3 Construção dos Instrumentos da Recolha de Dados

Os instrumentos de recolha de dados foram elaborados com base na revisão da literatura, sobre o tema em estudo e com base na informação recolhida nas visitas preliminares aos centros de saúde.

A construção do questionário compreende três grandes etapas (Moreira, 1994, p.166): a formulação das perguntas, a redacção das perguntas e a organização do questionário.

Independentemente da forma como o questionário vai ser aplicado este deve possuir algumas qualidades gerais (Reis *et al*, 1993, p.69):

- *relevância e exaustão* – ajuda a fazer uma listagem de todos os assuntos e hipóteses de resposta, limitando-se em seguida ao essencial;
- aspectos como *a dimensão, o tipo de papel, a numeração das questões, o aspecto visual*, são importantes para o respondente e facilita de certa forma a disponibilidade para responder;
- *questões que devem ser evitadas* – as questões pessoais tem menor receptividade por parte do respondente;
- *interesse e importância* – nem sempre o que interessa e é importante para o investigador, o é para o respondente, por isso há que criar um mecanismo que atenuar essa diferença;
- *enviesamento* – o investigador deve ter o máximo cuidado de forma a evitar o enviesamento, como tal deve seguir algumas regras básicas como: não divulgar a identidade do cliente, que encomendou o estudo; nenhuma pergunta deverá conduzir a resposta para direcções diferentes; deverão ser introduzidos filtros; qualquer pergunta acerca do tamanho, quantidade, distância ou lapso de tempo deve ser sempre feita com referência a uma unidade de medida;
- *perguntas abertas ou fechadas* – escolher as que melhor se adaptam à questão e ao estudo ou então utilizar uma solução mista.

O guião da entrevista dirigida aos Directores dos Centros de Saúde (anexo nº 1) foi elaborado com perguntas abertas e fechadas, para que os entrevistados pudessem manifestar e expor os seus pontos de vista e ainda de forma a obter as informações que pretendíamos de acordo com o estudo em causa. Para a elaboração do guião da entrevista foram consultados os seguintes autores Carapeto e Fonseca (2005) e Neves (2002). Este guião foi dividido em quatro partes de forma a se conseguir obter a informação pretendida:

- questões sobre as características individuais e profissionais – esta parte é composta por sete questões (6 fechadas e 1 aberta) acerca do sexo, idade, estado civil, número de filhos, categoria profissional, tempo de serviço e habilitações literárias;

- questões sobre a percepção do respondente acerca da Gestão dos Recursos Humanos – esta parte da entrevista é composta por treze questões, sendo utilizado questões perguntas abertas, *ranking*, questões fechadas, questões mistas e questões fechadas com escala não comparativa de ordenação;
- questões acerca da percepção sobre o clima e organização do trabalho – deste grupo constam onze questões do tipo aberto, fechado, resposta múltipla, escala não comparativa de ordenação;
- um grupo para as considerações finais onde é perguntado ao Director o seguinte *“Numa época de grandes mudanças no Ministério da Saúde, como perspectiva o seu papel de Director de Centro de Saúde?”*

O guião da entrevista dirigida aos funcionários Administrativos dos Centros de Saúde (anexo nº 2) foi elaborado com perguntas abertas e fechadas, para que os entrevistados pudessem manifestar e expor os seus pontos de vista e ainda de forma a obter as informações que pretendíamos de acordo com o estudo em causa. O guião da entrevista foi elaborado de acordo com a bibliografia consultada para o efeito: Carapeto e Fonseca (2005) e Neves (2002). Este guião foi dividido em quatro partes de forma a se conseguir obter a informação pretendida:

- questões sobre as características individuais e profissionais – esta parte é composta por oito questões (7 fechadas e 1 aberta) acerca do sexo, idade, estado civil, número de filhos, categoria profissional, vínculo contratual, tempo de serviço e habilitações literárias;
- questões sobre a percepção do respondente acerca da função de Gestão dos Recursos Humanos – esta parte da entrevista é composta por seis questões, sendo utilizado questões abertas, questões fechadas, questões mistas e questões fechadas com escala não comparativa de ordenação;
- questões acerca da percepção sobre o clima e organização do trabalho – deste grupo constam oito questões do tipo misto, fechado, escala não comparativa de ordenação;
- um grupo para as considerações finais onde é perguntado ao Administrativo o seguinte *“Face aos conhecimentos que tem da Organização onde trabalha, sugira as melhorias que introduziria na Organização do Trabalho para que o Centro de Saúde pudesse oferecer uma prestação de cuidados de saúde com uma qualidade acrescida.”*.

Relativamente aos questionários a efectuar aos utentes (anexo nº 3) estes tinham, na maioria, questões de resposta fechada. A elaboração cuidada do mesmo visou conhecer a opinião/visão dos utentes relativamente aos serviços do centro de saúde que frequentam. A fonte consultada para elaboração do questionário foi um estudo levado a cabo em 2004 pelo Instituto da Qualidade na Saúde. O questionário foi dividido em duas partes:

- uma primeira parte acerca da caracterização dos respondentes, com cinco questões fechadas.
- Outra parte composta por dezassete questões, onde apenas 2 são abertas. Aqui procurou-se recolher informação com questões de escala não comparativa de ordenação ou questões fechadas de resposta única ou multicotómica. A informação a recolher abrange as seguintes áreas: regularidade das visitas ao centro, tipos de consulta, satisfação, características do atendimento, valores da organização, pontualidade, qualidade da informação, privacidade e respeito, marcação de consultas, atitude dos funcionários, percepção do grau de satisfação.

Quer nos guiões da entrevista, quer no questionário as perguntas e os itens de resposta foram construídos com base na revisão bibliográfica efectuada.

Depois dos guiões da entrevista e do questionário elaborados foi efectuado o pré-teste ao guião da entrevista aos funcionários (entrevistados 4 funcionários) e ao questionário (entrevistados 10 utentes) onde foram ajustados os pontos que suscitavam dúvidas aos respondentes.

3.2.1.4 Método de Amostragem e de Cálculo da Dimensão da Amostra

Para a população constituída pelos Directores dos Centros de Saúde não se utiliza qualquer método de amostragem pois entrevistaram-se os dois directores.

Para as entrevistas aos funcionários administrativos e para os utentes optou-se por se utilizar o método de amostragem não probabilística, ou seja, um método em que cada unidade da amostra é seleccionada com base em julgamentos pessoais ou de conveniência. A razão desta escolha prende-se com:

- um orçamento restrito e uma limitada disponibilidade de tempo (Silvério, 2001, p. 57);
- a utilização de dimensões já usadas em estudos semelhantes (Reis *et al.* 1993, p. 127).

Dentro do método de amostragem probabilística aplicar-se-á a técnica de amostragem por conveniência, ou seja “*os elementos que irão constituir a amostra são seleccionados por conveniência*” (Silvério, 2001, p. 82). Os respondentes serão escolhidos em função da disponibilidade ou por estarem mais acessíveis para responder (Malhotra, 1996, p. 366; e Churchill, 1996, p.481).

Segundo Reis *et al.* (1993, p. 127), as formas de cálculo da dimensão da amostra só devem ser aplicadas quando se trata de uma técnica de amostragem probabilística, uma vez que só nesta faz sentido generalizar à população as conclusões da amostra. Contudo, segundo Reis *et al.* (1993, p. 127), nestes casos é possível utilizar as fórmulas a que se recorre para as amostras aleatórias de modo a ter uma mera indicação do erro para a dimensão dessa amostra. Assim, considere-se a seguinte expressão para determinar o erro máximo em função da amostra analisada (Silvério, 2001, p. 65 e 66):

$$e = \pm Z \sqrt{\frac{p \times q}{n} * \frac{N - n}{N}}$$

Na consulta realizada às fontes secundárias mencionadas, não foi possível obter trabalhos semelhantes que permitissem determinar possíveis dimensões de amostra aplicáveis a este estudo.

A população da pesquisa é:

- o universo composto por todos os directores de Centro de Saúde, ou seja, dois;
- o universo composto por todos os funcionários administrativos dos dois centros de saúde, ou seja 23 em Montemor-o-Novo e 8 em Sousel;
- o universo composto por todos os utentes do SNS nos dois concelhos, ou seja, 18 594 em Montemor-o-Novo e 5 780 em Sousel.

A dimensão da amostra para os três estudos será a seguinte:

- 2 Directores dos Centros de Saúde;
- Devido ao número reduzido da população decidiu-se entrevistar cerca de 50% desta, ou seja, 12 funcionários administrativos em Montemor-o-Novo e 5 em Sousel;
- Em relação aos utentes para calcular a dimensão da amostra aplicou-se a fórmula de cálculo anterior, tendo em conta um erro de 5%, um intervalo de confiança de 95% e uma população a inquirir com uma dimensão de 24 374 utentes. Obteve-se uma amostra de 384 indivíduos. Distribuiu-se o número de entrevistas proporcionalmente aos habitantes dos dois concelhos, o que implica aplicar 292 questionários em Montemor-o-Novo e 92 em Sousel.

3.2.2 Trabalho de Campo

O trabalho de campo foi dividido por várias fases e foi realizado na totalidade pela autora deste trabalho.

Numa primeira fase foi feito no Centro de Saúde de Sousel, onde foram entrevistados o Director e dois dos Administrativos, no início do mês de Outubro 2006. Nesse mesmo mês voltou-se ao Centro de Saúde, para entrevistar mais alguns dos Administrativos, só tendo sido possível realizar a entrevista a mais dois, uma vez que alguns não estavam na instituição e outros não se mostraram interessados em responder.

De seguida, realizaram-se as entrevistas no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, tendo sido este trabalho realizado na segunda quinzena de Outubro 2006. Neste Centro de Saúde as entrevistas foram feitas à maioria dos Administrativos e à Directora do Centro.

Na segunda fase, aplicaram-se os questionários aos utentes de cada um dos Centros de Saúde. Esta fase ocorreu no final de Dezembro de 2006, em Sousel e no início de Janeiro de 2007, em Montemor-o-Novo. Desde que os questionários foram distribuídos até à sua posterior recolha decorreu cerca de um mês.

Após a recepção dos questionários, estes foram validados e avaliados.

3.3. Tratamento e Análise de Dados

Nesta fase do estudo, segundo Silvério (2001, p. 105) procedeu-se à definição das metodologias para realizar o tratamento e a análise dos dados, incluindo-se aqui todas as etapas necessárias para transformar os dados recolhidos em informação.

A primeira tarefa realizada consistiu na verificação dos questionários de forma a garantir a qualidade dos mesmos, procurando-se encontrar erros, omissões e ilegibilidades. Nesta fase rejeitaram-se 28 questionários por estarem muito incompletos ao nível das respostas.

Em seguida codificaram-se todos os questionários de acordo com o *code book* (anexo nº 4) elaborado de forma a facilitar a introdução dos dados e a análise.

A fase seguinte consistiu em transferir os dados para formato digital, utilizando, para esse fim, o SPSS (*Statistical Package for Social Science*). Em seguida, procedeu-se à identificação de erros na introdução dos dados.

Os dados serão analisados segundo diversas técnicas estatísticas univariadas, bivariadas e multivariadas. Segundo Malhotra (1996, p.489) as primeiras e as segundas são apropriadas para analisar os dados quando a análise consiste na medição simples de cada variável ou cruzamento de variáveis. As terceiras são utilizadas para verificar a relação entre três ou mais variáveis, a este nível será utilizada a análise de *clusters*.

A. Análise de *Clusters*

A análise de *clusters* segundo Pestana e Gageiro (1998) é um procedimento multivariado para detectar grupos homogéneos nos dados, podendo as observações destes grupos ser variáveis ou casos. O objectivo desta análise é separar grupos, objectos parecidos uns com os outros, sendo os objectos de um grupo diferentes dos outros grupos (Green, 1998, p. 577).

Segundo Pestana e Gageiro (1998) os *clusters* formam-se com base nos pares de casos mais próximos de acordo com uma medida de distância escolhida. (...).

Nesta análise pode-se distinguir dois grandes momentos: o da formação dos *clusters* e o da definição do perfil dos *clusters*.

Segundo Malhotra (1996, p. 677) e Hair (1995, p.437) o algoritmo a utilizar pode ser de dois tipos:

- hierárquico – envolve a construção de uma hierarquia ou estrutura com árvore. Consiste no método mais utilizado. Este método estima uma matriz de semelhanças e dissemelhanças em que cada elemento da matriz descreve o grau de semelhança ou dissemelhança entre cada dois pares.
- não hierárquico – este método não envolve um processo de construção em árvore. É frequentemente designado por K-means. Para se utilizar este método é definido à priori o número de *clusters* que conterão todos os casos.

Para se definir o perfil dos *clusters* são necessárias variáveis que não são utilizadas na formação dos *clusters*, como as demográficas, as psicográficas, a utilização do produto, entre outras, que no seu conjunto irão permitir descrever as características de cada *cluster*.

4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

O trabalho empírico desta dissertação desenvolveu-se em várias etapas:

- Entrevistas aos Directores dos dois Centros de Saúde;
- Entrevistas com os Administrativos dos dois Centros de Saúde;
- Questionários aos utentes dos dois Centros de Saúde.

Neste ponto proceder-se-á à análise e apresentação dos resultados começando por se efectuar este trabalho, em relação às entrevistas realizadas aos directores dos centros de saúde, depois às entrevistas realizadas ao pessoal administrativo e, por último, aos questionários aplicados aos utentes.

4.1 Política de Recursos Humanos dos Centros de Saúde

Neste ponto ir-se-á proceder à análise dos dados recolhidos junto dos Directores dos Centros e do Pessoal Administrativo, com o objectivo de conhecer a política de recursos humanos de cada Centro. Este estudo foi aplicado no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo e no de Sousel, em Outubro de 2006.

4.1.1 Perspectiva dos Directores dos Centros de Saúde

Aos Directores dos Centros foi realizada uma entrevista pessoal com base no guião criado anteriormente (anexo nº1). Cada entrevista durou cerca de 1h15 m.

4.1.1.1 – Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

O Centro de Saúde de Montemor-o-Novo é dirigido por uma licenciada em Medicina Geral e Familiar, com 50 anos de idade, casada, mãe de 2 filhos, e com mais de vinte 20 anos de serviço.

Quando questionada sobre as normas que regem a Administração Pública, a Directora referiu que as normas não são actuais e não são aplicáveis, uma vez que foram publicadas há vários anos e a sociedade evoluiu bastante nos últimos anos.

Na opinião da entrevistada, deve ser um Médico o Director do Centro de Saúde porque o Médico tem uma visão em relação aos cuidados de saúde que um gestor com outra formação, não consegue ter. Prevenir e tratar doenças são questões que devem ser analisadas não só na perspectiva de custo-benefício, mas também na perspectiva do benefício-utente.

Relativamente à comunicação com as estruturas regionais e o C.S. a Directora referiu que a forma de comunicação interfere na gestão, e que as respostas solicitadas são morosas.

Quanto ao desenvolvimento das funções que exerce, a Directora, considera que uma parte do trabalho insere-se no âmbito da gestão económica, a outra parte é organizar serviços e ser “mentora científica”.

Em relação às características sobre liderança a escolha foi difícil, uma vez que, na perspectiva da entrevistada, todas as características eram importantes, contudo foi escolhida, em primeiro lugar, a inovação, em segundo a capacidade de comunicação, em terceiro a capacidade de delegar e em quarto o gosto de trabalhar com pessoas. Foram assim eliminadas a persistência, a criatividade, o acreditar nos colaboradores e a partilha de conhecimentos.

Relativamente à questão se todos os funcionários desempenhavam a função para a qual foram contratados, foi dada a informação de que duas das Administrativas desempenham serviços administrativos, mas têm a categoria de Auxiliar de Apoio e Vigilância.

Em relação à pergunta “Face à sua experiência de Directora do Centro de Saúde, descreva o papel que cabe ao Pessoal Administrativo como agente do processo de prestação de cuidados de saúde” obteve-se a seguinte resposta: *“Como Directora do Centro de Saúde, e tendo em atenção a prestação de cuidados de Saúde penso que o Pessoal Administrativo tem um papel importantíssimo, porque o Administrativo é a primeira e a última cara do Centro de Saúde. O Administrativo é o ouvinte de quem chega, neste caso do utente”*.

Relativamente aos incentivos eventualmente oferecidos pela organização, a entrevistada disse, claramente, que não dispõe de incentivos materiais, *“na Instituição que dirijo, não há incentivos materiais para o Pessoal Administrativo, nem para outra categoria profissional, só existe o incentivo da palavra, o elogio, em privado ou em reuniões de serviço. Para além da avaliação de desempenho que foi alterada, onde é ponderada a avaliação de cada um”*.

Em seguida, foi solicitado à Directora para classificar a forma como encorajava e estimulava algumas políticas e actividades no C.S., tendo esta respondido que: *“No Centro de Saúde encorajo, e estímulo estas políticas e actividades, dando mais importância a umas, do que a outras”*, e fez a seguinte classificação: valoriza sempre a formação profissional, a melhoria contínua da qualidade e o trabalho em equipa. A entrevistada disse que, às vezes, encorajava o conhecimento da missão e dos objectivos, a avaliação de desempenho, o sistema de saúde e higiene do trabalho, a organização do trabalho e a competência para o desempenho da função.

Em relação à realização de reuniões, a entrevistada, disse realizar algumas reuniões de serviço, para planear e agendar o trabalho, para que a organização consiga cumprir a missão e os objectivos definidos, mas com uma periodicidade insuficiente, de acordo com as necessidades de serviço.

Em relação à participação do Pessoal Administrativo nas decisões em que está directamente envolvido, a Directora respondeu: *“O Pessoal Administrativo é ouvido, procuro saber as opiniões e sugestões, principalmente as daqueles que estão envolvidos nas decisões, por outro lado quando não os posso ouvir a todos, converso com os que conhecem melhor os serviços, para depois no conjunto poder ser tomada uma decisão”*.

No âmbito das condições de trabalho a Directora referiu que se preocupa com as condições de trabalho e organização do mesmo, tendo conseguido arranjar cadeiras, e climatização para os vários espaços, mas nem tudo está ao seu alcance.

Quando se pergunta se a organização tem a preocupação de conciliar a vida familiar e pessoal do Pessoal Administrativo, com a vida profissional, a resposta é *“quando*

possível”, porque por vezes não se consegue organizar os serviços sem prejudicar a vida familiar de alguns colaboradores.

Em relação ao incentivo para os colaboradores trabalharem em equipa a resposta foi afirmativa, uma vez que se tem vindo a fazer um esforço para que se formem equipas de trabalho, tanto dentro das mesmas categorias profissionais, como em relação a Médico/Enfermeiros/Administrativos. A cooperação entre colegas é estimulada, muitas vezes com resultados visíveis.

Relativamente às competências dos profissionais, tenta-se fomentar e incentivar os funcionários, de forma a progredir na carreira e manter a qualidade dos serviços.

Em relação à percepção sobre o clima e a organização do trabalho existentes no Centro de Saúde de Montemor, a Directora considerou que eram muito importantes no clima e organização do trabalho os seguintes aspectos: qualidade do serviço, envolvimento dos colaboradores, participação e profissionalismo. Nesta questão, ainda considerou importante a confiança, a cooperação, o bom ambiente de trabalho, o desenvolvimento profissional, a transparência, o humanismo e a equidade de tratamento.

Em relação à percepção relativamente à satisfação do Pessoal Administrativo, nas actuais condições de trabalho, a Directora classificou com 4 (satisfeitos), relativamente ao trabalho realizado; com 3 (indiferente): relativamente à promoção, à organização do trabalho, e à remuneração. No conjunto, a sua percepção relativamente à satisfação do Pessoal Administrativo é 3.

Em relação à organização do trabalho foram considerados como aspectos mais relevantes os seguintes: a relação com as Chefias, o planeamento das actividades, o número de funcionários afectos ao serviço e as competências profissionais dos funcionários. Foi atribuída menos importância aos seguintes itens: divisão das tarefas, relação com os colegas, tecnologia informática adequada, espaço e equipamento.

Para que cada funcionário possa trabalhar, nem sempre existe o equipamento que se pretende, nomeadamente, o equipamento informático está desactualizado em relação às necessidades de serviço, o que, por vezes, prejudica o trabalho diário dos colaboradores.

Relativamente à evolução profissional do Pessoal Administrativo, a Directora disse estimular a participação em acções de formação, promovidas por diversas entidades, mas a participação não é grande, uma vez que se têm de assegurar os serviços e relativamente a isto surgem algumas limitações. Nos últimos 5 anos decorreram organizadas por Técnicos do Centro de Saúde algumas acções de formação internas, nomeadamente: Comunicação e Gestão de Conflitos, com uma duração de cerca de 5 horas, onde participaram os Administrativos, tanto da sede como das várias extensões; Humanização, com cerca de 10 horas, preparada para as voluntárias do Centro de Saúde e onde participaram também funcionárias do C.S..

Quando questionada sobre as áreas de formação para o Pessoal Administrativo, a entrevistada respondeu: “*Penso que no momento actual da Organização, as acções de formação mais importantes para a melhoria do desempenho das funções do Pessoal Administrativo, são: Atendimento ao Público, Procedimentos Administrativos, Qualidade e Gestão de Conflitos*”. Têm menor importância as acções no âmbito da: Introdução à Internet, Sistemas de Gestão de Base de Dados, Informática e Gestão de Doentes.

Em relação ao que conhece da base de dados do Centro de Saúde, o sistema *SINUS – Serviço Informático Nacional das Unidades de Saúde*, a Directora manifestou uma opinião muito negativa, atribuindo 1 às características: actualizada (SAM) e atractiva; e 2 às características simples, adequada, completa e níveis de integração com outras base de dados.

Se fosse possível introduzir melhorias no *SINUS*, a Directora indicava os seguintes itens: Adequação, Actualização e Integração com outras bases de dados. Não introduziria os itens: Simplicidade, Atractividade e Operacionalidade.

A entrevistada referiu que é política da organização, informar sempre o utente, quando há alteração da data da consulta e sempre que haja o contacto do utente, para evitar que o utente se desloque ao Centro de Saúde e depois não tenha a consulta.

Em relação à percepção sobre o grau de satisfação dos utentes do Centro de Saúde, a Directora classificou como estando os utentes satisfeitos com os seguintes serviços: prestação de cuidados de saúde, prestação de cuidados de saúde médicos, atendimento

administrativo, marcação de exames e meios complementares de diagnóstico. Classificou como indiferente a marcação de consultas de especialidade.

Na fase final da entrevista colocou-se a questão: *Numa época de grandes mudanças no Ministério da Saúde, como perspectiva o seu papel de Director de Centro de Saúde?* Tendo a entrevistada respondido, o seguinte: *“Numa época de grandes mudanças no Ministério da Saúde penso que o papel de Director de Centro de Saúde será ter muito trabalho, mas que devia ser integrado um gestor na Equipa, um representante dos outros grupos profissionais de saúde, um Médico, um Enfermeiro, um Administrativo. Resumindo, uma equipa pluridisciplinar e que faça uma análise global da Missão do Centro de Saúde.”*

4.1.1.2 – Centro de Saúde de Sousel

O Centro de Saúde de Sousel é dirigido por um licenciado em Medicina Geral e Familiar, com 55 anos de idade, casado, com dois filhos e mais de 25 anos de serviço.

Quando questionado sobre as normas que regem a Administração Pública, o Director referiu que foram efectuadas alterações dos serviços prestados por todos os grupos profissionais: Médicos, Enfermeiros, Administrativos, mas não considera que tenha havido uma actualização da legislação acerca dos funcionários.

Na perspectiva do entrevistado, o Director do Centro de Saúde devia ser sempre um Médico, uma vez que *“Há necessidades que só os Médicos sabem e compreendem, por outro lado deveria existir um Gestor, para um ou para dois ou três Centros de Saúde, consoante o tamanho e necessidade”*.

Relativamente aos processos de comunicação com as estruturas regionais, o entrevistado menciona que as ligações e capacidade de resposta dependem dos que têm funções hierárquicas, depende de quem está na coordenação. A Administração Regional de Saúde tem trabalhado bem, tem tido capacidade de se adaptar às circunstâncias.

O Director não se considera nem um gestor nem um líder, disse ser um coordenador, *“Transmito aos colegas e às chefias intermédias os desejos de uma hierarquia”*.

Foi solicitado ao entrevistado que classificasse as características de liderança que considerava mais importantes, este classificou como importantes: a criatividade, o gosto de trabalhar com pessoas, a persistência e o acreditar nos colaboradores. Foram assim eliminadas as seguintes características: inovação, capacidade de comunicação, capacidade de delegar e partilha de conhecimentos.

Em relação ao pessoal administrativo, o entrevistado referiu, que todos os colaboradores desempenham a função para a qual foram contratados. O Pessoal Administrativo faz tudo o que lhe compete e, por vezes, ainda lhe são acrescentadas outras tarefas.

O Director pensa que o papel que cabe ao pessoal administrativo como agente do processo de prestação de cuidados de saúde, é cada vez menor, *“Cada um tem a sua função. Os Administrativos que estão a atender os utentes, cada vez têm menos trabalho devido ao SAM - Serviço de Apoio ao Médico. No meu caso, eu marco a consulta dos meus primeiros 15 doentes, o que faz com que o trabalho do administrativo venha a diminuir, muitas das vezes os utentes não precisam falar com o Administrativo, uma vez que o trabalho já está feito. O Administrativo tem uma função rápida, cada vez mais burocrática”*.

Relativamente aos incentivos para o Pessoal Administrativo mencionou que não existem e que o pessoal tem cada vez menos regalias.

No que respeita às políticas e actividades do Centro de Saúde o Director respondeu, que às vezes, encoraja e estimula as seguintes políticas: formação profissional, melhoria contínua da qualidade, conhecimento da missão e objectivos e competência para o desempenho da função. Encoraja e estimula sempre: a avaliação de desempenho, o sistema de saúde e higiene do trabalho, a organização do trabalho e o trabalho em equipa.

Na organização são feitas reuniões para planejar e agendar o trabalho, mas quem planeia e agenda é a Chefe dos Serviços Administrativos. O Director referiu que fala sempre com as chefias intermédias do grupo em causa. Quando há alguma coisa a esclarecer fala com a Chefe dos Serviços Administrativos e esta resolve a situação.

No que se refere à participação na tomada de decisões, o Pessoal Administrativo só é chamado a participar naquelas em que está directamente envolvido, uma vez que existem as chefias intermédias, as sugestões que chegam pela chefe de serviços são analisadas e quando possível executadas.

O Director quando foi questionado em relação às condições de trabalho e organização do mesmo, no que se refere a aspectos ergonómicos, referiu que se preocupava pouco, uma vez que as instalações e equipamentos eram todos novos. O Entrevistado mencionou que não são realizados exames de medicina de trabalho na Administração Pública.

Perguntou-se se a organização tinha a preocupação de conciliar a vida pessoal do Pessoal Administrativo, com a vida profissional tendo o entrevistado respondido que sim.

Relativamente ao trabalho em equipa, o entrevistado disse que *“o pessoal administrativo é incentivado a trabalhar em Equipa, pois assim o trabalho é feito de forma mais rápida”*. Referiu também que procura estimular a cooperação entre colegas.

Relativamente à aquisição de novas competências profissionais, estas são fomentadas, sempre que possível, na instituição.

Foi pedida a classificação utilizando-se uma escala de 1 a 5, sendo 1 o menos importante e 5 o mais importante, de acordo com o grau de importância que cada valor tem na Organização. O Entrevistado classificou com 4 todos os itens: confiança, qualidade do serviço, cooperação, bom ambiente de trabalho, desenvolvimento profissional, envolvimento dos colaboradores, participação, transparência, humanismo, equidade de tratamento e profissionalismo.

Solicitou-se ao entrevistado para classificar a satisfação do Pessoal Administrativo, nas actuais condições de trabalho, tendo este classificado com 2 a promoção e a remuneração, com 3 o trabalho realizado e a organização do trabalho. No conjunto dos itens apresentados, classificou a satisfação dos profissionais administrativos com 3.

Na opinião do entrevistado os quatro itens, mais relevantes para a organização do trabalho são: divisão de tarefas, número de funcionários afectos ao serviço, competências

profissionais dos funcionários e espaço e equipamento. Atribui menos importância aos seguintes: relação com os colegas, relação com as chefias, planeamento das actividades e tecnologia informática adequada.

Na visão do Director, o Estado disponibiliza o material e equipamento adequado para que cada colaborador desempenhe o seu trabalho, *“temos um Centro de Saúde novo, fomos os pioneiros com o SAM (serviço de apoio médico), pois este já funciona há mais de um ano. O que nós pedimos normalmente é cedido. O SAM já foi alterado com algumas das sugestões feitas pelos Médicos do nosso Centro Saúde, introduzindo assim melhorias”*.

O entrevistado referiu que no CS de Sousel se fomenta o desenvolvimento pessoal e a evolução profissional do Pessoal Administrativo, de forma a melhorar a qualidade dos vários serviços. De acordo com a indicação que vem da chefia intermédia, o Pessoal Administrativo frequenta os vários cursos promovidos pela Sub-Região de Saúde. Na organização desenvolveu-se, nos últimos 5 anos, uma política de formação profissional, o pessoal administrativo frequenta as acções de formação que desenvolvem as competências no decorrer do seu trabalho. As quatro áreas de formação consideradas mais importantes no momento actual da Organização, para melhorar o desempenho das funções do Pessoal Administrativo são: atendimento ao público, qualidade, procedimentos administrativos e gestão de doentes. Não foi dada tanta importância às seguintes áreas: Introdução à Internet, Sistemas de Gestão de Base de Dados, Informática e Gestão de Doentes.

O entrevistado no que respeita à base de dados do Centro de Saúde, o sistema *SINUS*, classificou todas as características como sendo muito importantes. Assim, considera a base de dados *SINUS*, como sendo: simples, adequada, completa, actualizada, atractiva e com níveis de integração com outras bases de dados. Referiu que a base de dados está integrada com o SAM. Na opinião do entrevistado a base de dados dos utentes *SINUS*, consegue ter todas as informações que podem ser necessárias relativamente aos utentes, logo, o Director não vê necessidade de introduzir melhorias no *SINUS*.

A organização tem a política de avisar sempre os utentes, quando há alteração da data da consulta, sempre que exista no sistema de informação o contacto do utente. *“Mesmo quando algum colega necessita alterar o dia da consulta, tenho o cuidado de lhe perguntar se já avisou o administrativo, para desmarcar as consultas”*.

Relativamente à percepção sobre o grau de satisfação dos utentes do Centro de Saúde, numa escala de 1 a 5, sendo 1 pouco satisfeito e 5 muito satisfeito, o entrevistado classificou com 4 a prestação de cuidados de saúde de enfermagem, o atendimento administrativo e a marcação de exames. Atribui a classificação 3 no que se refere à: prestação de cuidados médicos e marcação de consultas de especialidade.

No final da entrevista e perante a questão colocada, o Director disse que: *“Numa época de grandes mudanças no Ministério da Saúde, eu penso que o Director do Centro de Saúde vai desaparecer, a curto prazo. Contudo, cada Centro de Saúde terá um Director Clínico e eventualmente um Gestor que faça a gestão de um ou de alguns Centros de Saúde”*.

4.1.1.3 – Resumo das Perspectivas dos dois Directores dos Centros de Saúde

Com o objectivo de sintetizar a informação recolhida junto dos dois Directores e de forma a comparar as duas perspectivas elaborou-se o quadro que, de seguida, se apresenta.

Quadro nº 11- Resumo das Perspectivas dos Directores dos Centros de Saúde

Factores	Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	Centro de Saúde de Sousel
Caracterização Individual e Profissional	Licenciada em Medicina Geral e Familiar, 50 anos de idade e mais de 20 de serviço.	Licenciado em Medicina Geral e Familiar, 55 anos de idade e mais de 25 de serviço.
Leis e Normas da Administração Pública	Normas desactualizadas e não aplicáveis.	A legislação foi revista para todos os grupos profissionais excepto para o dos funcionários administrativos.
Direcção do Centro de Saúde	Médica	Médico
Comunicação com as estruturas regionais	A forma de comunicação interfere com a gestão. As respostas são muito lentas.	A ARS tem tido capacidade para se adaptar às circunstâncias.
Gestor ou Líder	Em parte gestora	Coordenador
Características da Liderança	Inovação Capacidade de comunicação Capacidade de delegar Gosto de trabalhar com pessoas	Criatividade Gosto de trabalhar com pessoas Persistência Acreditar nos colaboradores
O pessoal administrativo desempenha funções de acordo com o seu contrato	Quase sempre, neste momento, existem dois casos em que isso não se verifica.	Sim.

Factores	Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	Centro de Saúde de Sousel
Papel do pessoal administrativo como agente no processo de prestação de cuidados de saúde	Têm um papel muito importante.	Têm um papel menor.
Incentivos para o pessoal administrativo	Materiais não existem. Apenas são dados através do elogio e das palavras.	Não existem.
Políticas e actividades estimuladas	Sempre: formação profissional, melhoria contínua da qualidade e trabalho em equipa. Às vezes: conhecimento da missão e dos objectivos, avaliação do desempenho, sistema de saúde e higiene do trabalho, organização do trabalho, competência para o desempenho da função.	Sempre: avaliação do desempenho, sistema de saúde e higiene do trabalho, organização do trabalho e trabalho em equipa. Às vezes: formação profissional, melhoria contínua da qualidade, conhecimento da missão e dos objectivos e competência para o desempenho da função.
Reuniões para planeamento e organização	Existem, mas com periodicidade insuficiente	Existem com o chefe de serviço
Participação do pessoal administrativo nas decisões	Sim, via Directora	Sim, via chefe de serviços
Condições de trabalho e organização	As melhorias não estão ao nosso alcance	As instalações são novas.
Conciliação entre a vida familiar e a profissional do pessoal administrativo	Sempre que possível	Sempre
Incentivo ao trabalho de equipa	Sim	Sim
Cooperação entre colegas	Sim	Sim
Aquisição de novas competências profissionais	Sim	Sempre que possível
Valores no clima e organização do trabalho	Muito importante: qualidade do serviço, envolvimento dos colaboradores, participação e profissionalismo. Importante: confiança, cooperação, bom ambiente de trabalho, desenvolvimento profissional, transparência, humanismo e equidade de tratamento.	Importante: confiança, qualidade do serviço, cooperação, bom ambiente de trabalho, desenvolvimento profissional, envolvimento dos colaboradores, participação, transparência, humanismo, equidade de tratamento e profissionalismo.
Percepção acerca da satisfação do pessoal administrativo	Globalmente a percepção acerca da satisfação é considerado que o pessoal administrativo não está satisfeito nem insatisfeito. No que diz respeito ao trabalho realizado existe satisfação.	Globalmente a percepção acerca da satisfação é considerado que o pessoal administrativo não está satisfeito nem insatisfeito. No que se refere à promoção e remuneração existe insatisfação.
Aspectos mais importantes na organização do trabalho	Relação com as chefias Planeamento das actividades Número de funcionários afectos	Divisão de tarefas Número de funcionários afectos ao serviço

Factores	Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	Centro de Saúde de Sousel
	ao serviço Competências profissionais	Competências profissionais Espaço e equipamento
Adequação do material e equipamento	Não	Sim
Acesso à informação, conhecimento e frequência de acções de formação	Acções de formação	Formação profissional
Área em que o CS desenvolveu acções	Comunicação e Gestão de Conflitos Humanização	Não desenvolve
Política de formação profissional	Sim	Sim
Áreas de formação profissional	Atendimento ao público Procedimentos administrativos Qualidade Gestão de conflitos	Atendimento ao público Qualidade Procedimentos administrativos Gestão de doentes
Características da base de dados SINUS	Classificações entre 1 e 2	Classificação 5
Melhorias na SINUS	Adequação Actualização Integração com outras bases de dados	Não precisa.
Informação ao utente da desmarcação de consulta	Sempre, desde que exista no sistema de informação o contacto.	Sempre, desde que exista no sistema de informação o contacto.
O papel do Director do CS no futuro	Integrado com um gestor e um representante de todas as categorias profissionais de forma a criar uma equipa pluridisciplinar.	Vai ser substituído por um Director Clínico e por um gestor a tempo parcial.

Fonte: Elaboração própria

Os Directores dos Centros apesar de possuírem características individuais e profissionais muito semelhantes, têm perspectivas divergentes, ao nível de uma parte significativa dos aspectos que foram analisados. Dos vinte e nove factores em análise apenas em catorze houve convergência de opinião, ou seja:

- O cargo de Director do Centro de Saúde deve ser exercido por um médico;
- Nos Centros de Saúde não existem incentivos materiais para o Pessoal Administrativo;
- As políticas e actividades estimuladas são as mesmas, apesar do grau de importância atribuído a cada uma ser diferente;
- Realizam reuniões para planear e organizar o trabalho;

- O pessoal administrativo participa nas decisões ao nível dos assuntos em que está envolvido;
- Sempre que possível existe conciliação entre a vida profissional e pessoal;
- Incentivam o trabalho em equipa;
- Promovem a aquisição de novas competências;
- Os valores indicados ao nível do clima e da organização do trabalho são os mesmos apesar de possuírem ponderações diferentes;
- Em termos globais a percepção acerca da satisfação do pessoal administrativo é classificada de indiferente;
- De entre os quatro aspectos mais relevantes na organização do trabalho apenas dois foram apontados em comum: o número de funcionários afectos ao serviço e as competências profissionais;
- Ambos possuem uma política de formação profissional;
- Das quatro áreas em que se deve apostar na formação profissional três foram apontadas em comum: qualidade, atendimento ao público e procedimentos administrativos;
- Sempre que as consultas são desmarcadas em ambos os centros os utentes são informados desde que exista um contacto no sistema de informação.

4.1.1.4 – Análise Crítica das Perspectivas dos Dois Directores dos Centros de Saúde Face aos Modelos Teóricos de Referência

Comprova-se com este estudo aquilo que se refere na revisão bibliográfica no ponto 2.1.4.2. no que se refere à existência de diferentes estilos de liderança (Neves, 2000, p.133), uma vez que os dois directores de Centro de Saúde apresentam estilos que evidenciam diferenças, enfatizando-se no caso A mais as características de liderança grupal e no caso B as características de liderança individual.

O clima nas organizações é uma componente multi-dimensional, conforme refere Schneider, 1975, (ponto 2.1.4.3.), logo influi no comportamento das pessoas, nas suas

atitudes, condutas e sentimentos. Nas organizações estudadas, o clima pelo que é dado a perceber e, na óptica dos directores, existe um bom clima.

Quando confrontadas as políticas de recursos humanos com os resultados das entrevistas, analisadas no ponto 2.1.3 (Neves, 2000), pode-se concluir que a maioria das políticas não existem, nomeadamente: estratégia de recursos humanos, gestão de emprego, o recrutamento e selecção, a formação e desenvolvimento e a manutenção dos recursos humanos.

A avaliação de desempenho é fundamental para o bom funcionamento da organização, como se constatou na revisão bibliográfica no ponto 2.1.3.2, contudo verifica-se que no centro de saúde de Montemor-o-Novo esta não está a ser aplicada, como consequência torna-se difícil desenvolver sistemas para melhorar o rendimento e a produtividade dos colaboradores, como preconizam Câmara, Guerra, Rodrigues (1997).

Quanto ao sistema de recompensas verificou-se no ponto 2.1.3.3.1 que na perspectiva de Carapeto e Fonseca (2005) de que na Administração Pública o reconhecimento informal é extremamente importante, contudo no estudo constata-se que este apenas é aplicado no CS de Montemor-o-Novo.

Em relação à participação, na revisão bibliográfica no ponto 2.1.4.1., referiu-se que esta conduz à motivação e desenvolvimento das pessoas, como preconizam Cardoso (1997), Jorge (2002), Neves (2000) e Carapeto e Fonseca (2005). De acordo com a opinião dos Directores dos Centros o pessoal administrativo participa nas decisões, organização e na planificação das actividades, apesar dessa participação ser efectuada em níveis diferentes de chefia, nos dois CS.

4.1.2 Perspectiva do Pessoal Administrativo dos Centros de Saúde

Ao Pessoal Administrativo dos Centros de Saúde foi realizada uma entrevista pessoal com base no guião criado anteriormente (anexo nº2). Cada entrevista durou em média 30 m.

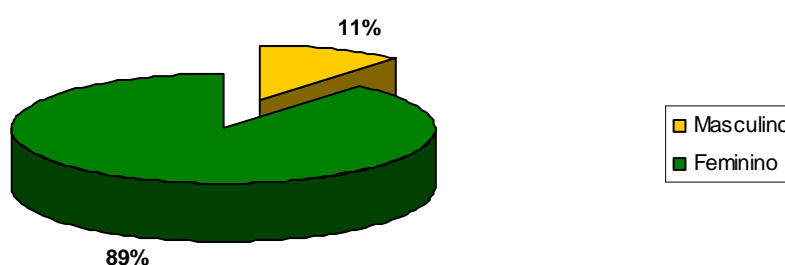
4.1.2.1 – Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

No Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, desempenham funções administrativas, vinte e três (23) colaboradores, destes foram entrevistados, presencialmente, dezoito.

A - Caracterização Individual e Profissional

O Pessoal Administrativo entrevistado é, como se verifica no gráfico nº 1, 89% do sexo feminino e 11% do masculino.

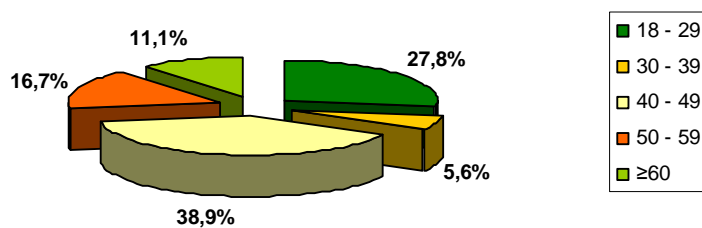
Gráfico nº 1 - Sexo



Fonte: Quadro nº 1 do Anexo nº 5

Pode observar-se através do gráfico nº 2 que 38,9% dos entrevistados pertencem à classe etária dos 40-49 anos, 27,8% à dos 18-29 anos, seguindo-se a dos 50-59 com 16,7% e a menos representativa é a classe etária dos 30-39 anos, com 5,6%.

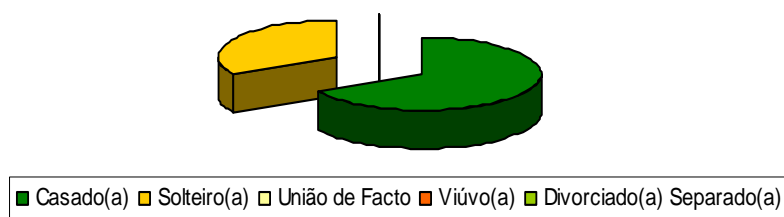
Gráfico nº 2 - Idade



Fonte: Quadro nº 2 do Anexo nº 5

Pela análise do gráfico nº 3, observa-se que 66,67% dos entrevistados são casados e 33,33% são solteiros.

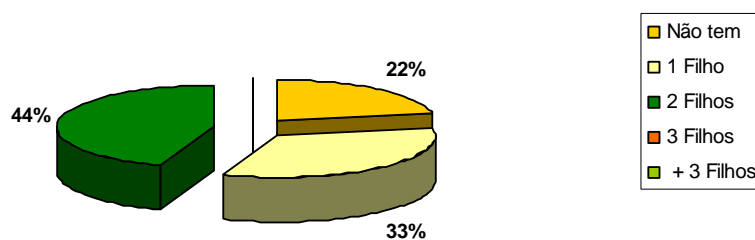
Gráfico nº 3 - Estado Civil



Fonte: Quadro nº 3 do Anexo nº 5

Dos 18 Administrativos entrevistados, 44% têm 2 filhos, 33% têm 1 filho e 22% não têm filhos.

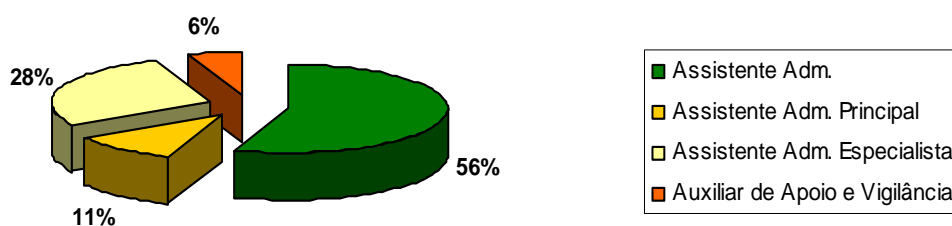
Gráfico nº 4 - Número de Filhos



Fonte: Quadro nº 4 do Anexo nº 5

Dos 18 entrevistados, 56% têm a Categoria Profissional de Assistentes Administrativos, 18% são Assistentes Administrativos Especialistas, 11% são Assistentes Administrativos Principais, 6% desempenham funções Administrativas, mas tal como já referido são Auxiliares de Apoio e Vigilância (veja-se gráfico nº 5).

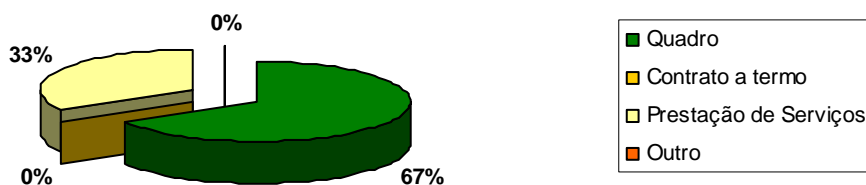
Gráfico nº 5 - Categoria Profissional



Fonte: Quadro nº 5 do Anexo nº 5

No Centro de Saúde de Montemor, 67% dos Administrativos pertencem ao Quadro de Pessoal e 33% estão em Aquisição de Serviços, “Recibo Verde”, como se pode observar no gráfico nº 6.

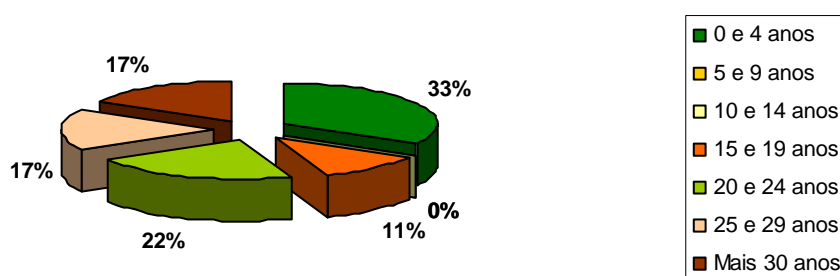
Gráfico nº 6 - Vínculo Contratual



Fonte: Quadro nº 6 do Anexo nº 5

Dos 18 entrevistados, 33% trabalham na Instituição há menos de 4 anos, 22% trabalham entre os 20 e os 24 anos, 17% trabalha entre os 25 e os 29 anos e os outros 17% trabalha há mais de 30 anos no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo (veja-se gráfico nº 7).

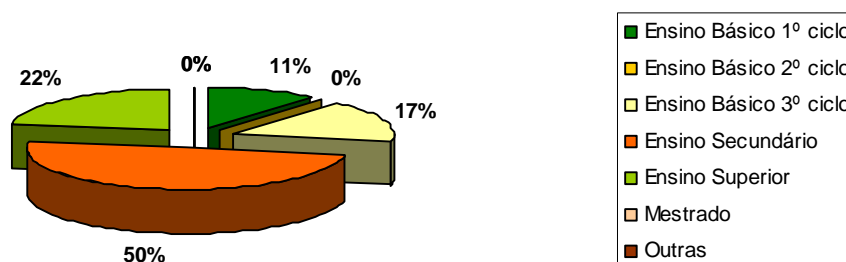
Gráfico nº 7 - Tempo de Serviço



Fonte: Quadro nº 7 do Anexo nº 5

Em relação às Habilitações Literárias, dos entrevistados, 50% possuem o Ensino Secundário, 22% são licenciados, 17% têm o 3º ciclo do Ensino Básico e 11% têm o 1º Ciclo Ensino Básico (veja-se gráfico nº 8).

Gráfico nº 8 - Habilitações Literárias

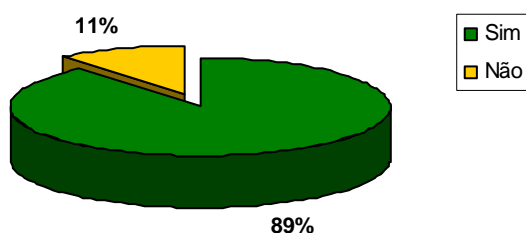


Fonte: Quadro nº 8 do Anexo nº 5

B- Percepções sobre a função Gestão de Recursos Humanos

A maioria dos colaboradores desempenha as funções para que foi contratado, como se pode observar pelo gráfico nº 9. As colaboradoras que responderam que não desempenham funções para as quais foram contratadas, têm a categoria de Auxiliar de Apoio e Vigilância.

Gráfico nº 9 – Desempenho da função para a qual foram contratados



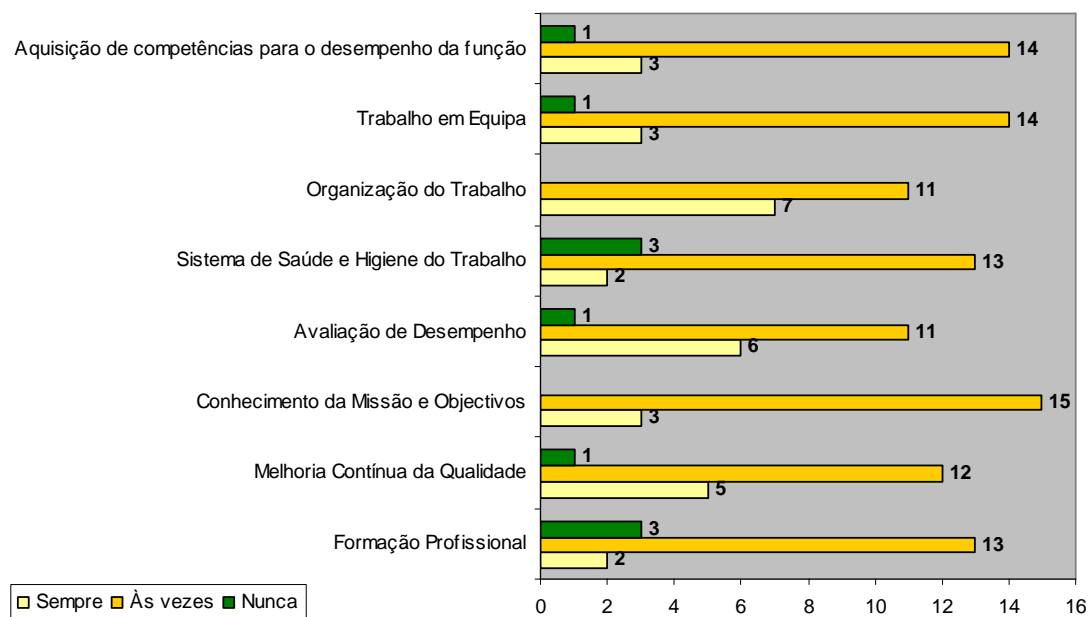
Fonte: Quadro nº 9 do Anexo nº 5

Foi solicitado aos respondentes que, de acordo com a sua experiência, descrevessem o papel que deve ser desempenhado pelo pessoal administrativo, como agente do processo de prestação de cuidados de saúde, através das suas respostas pode-se concluir o seguinte (vide quadro nº 10 do anexo nº 5):

- são o elo de ligação entre o utente e o Centro de Saúde;
- são quem faz o primeiro contacto com o utente;
- são os menos defendidos quando algo corre mal;
- devem ser simpáticos, humildes, compreensivos, claros, concisos;
- são quem deve fazer a interligação entre o utente e o médico e/ou enfermeiros;
- devem atender os utentes com eficiência, simpatia e rapidez para que o utente se sinta satisfeito com os serviços.

Como se pode observar, através do gráfico nº 10, denota-se, através da opinião da maioria dos entrevistados, que determinadas políticas e comportamentos na gestão de recursos humanos, nem sempre, são devidamente estimulados.

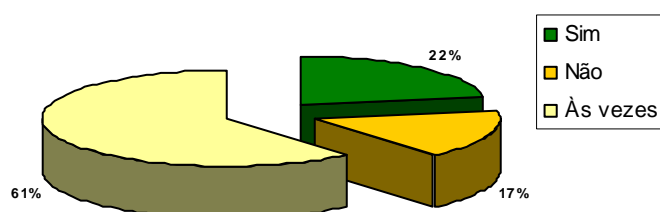
Gráfico nº 10 – Estímulo de políticas e comportamentos na GRH



Fonte: Quadro nº 11 do Anexo nº 5

Relativamente à participação do pessoal administrativo nas decisões em que está directamente envolvido, verifica-se que, na opinião dos entrevistados, estes nem sempre são chamados a participar (veja-se gráfico nº 11).

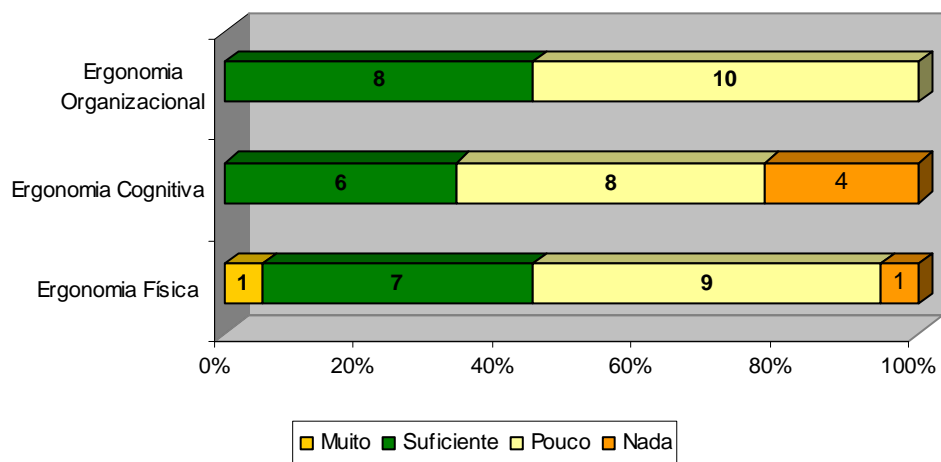
Gráfico nº 11 – Participação do Pessoal Administrativo nas decisões do Centro de Saúde



Fonte: Quadro nº 12 do Anexo nº 5

Em relação à ergonomia organizacional, na opinião dos entrevistados a organização preocupa-se pouco com esta (veja-se gráfico nº 12). No que diz respeito à ergonomia cognitiva e física a preocupação por parte da organização também é reduzida.

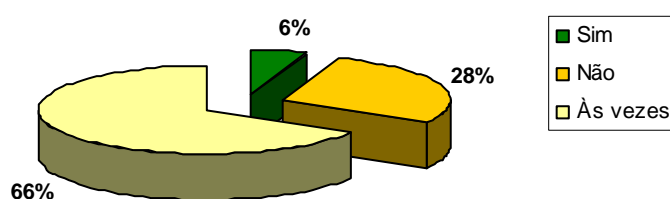
Gráfico nº 12 - Preocupação com a Ergonomia



Fonte: Quadro nº 13 do Anexo nº 5

Na percepção do pessoal administrativo, 66% destes consideram que a organização às vezes, se preocupa em conciliar a vida familiar e pessoal com a vida profissional, 28% responderam que não e 6% responderam que sim (veja-se gráfico nº 13).

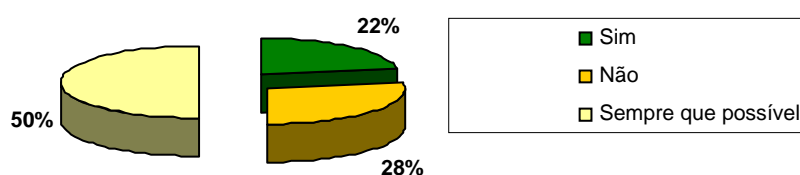
Gráfico nº 13 - Conciliação da Vida Pessoal e Profissional



Fonte: Quadro nº 14 do Anexo nº 5

Em relação ao incentivo para trabalhar em equipa, 50% responde que sempre que possível existe incentivo, 22% responde sim e 28% responde que não há incentivos para o trabalho em Equipa (veja-se gráfico nº 14).

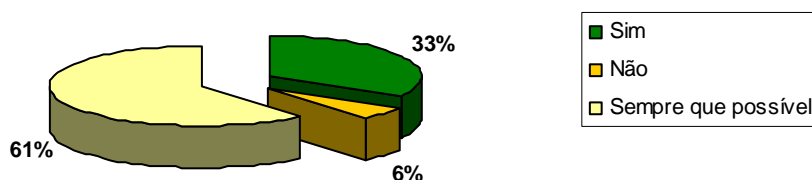
Gráfico nº 14 - Incentivo para trabalhar em Equipa



Fonte: Quadro nº 15 do Anexo nº 5

No que se refere à cooperação entre colegas, segundo os entrevistados, 66% responde que sempre que possível, 33% responde que sim e 6% responde que não (veja-se gráfico nº 15).

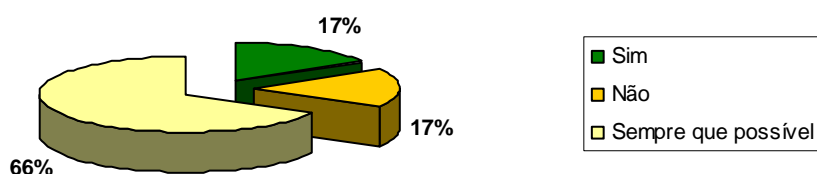
Gráfico nº 15 - Cooperação entre colegas



Fonte: Quadro nº 16 do Anexo nº 5

Como se pode observar pelo gráfico nº 16, a maioria dos entrevistados refere que a aquisição de novas competências profissionais é fomentada sempre que possível (66%).

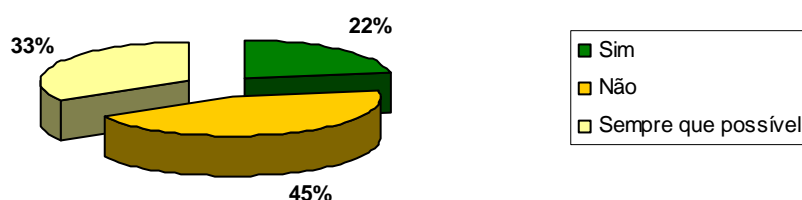
Gráfico nº 16 - Aquisição de novas competências



Fonte: Quadro nº 17 do Anexo nº 5

Na opinião dos entrevistados o Centro de Saúde, ao nível da definição de objectivos com os colaboradores e à realização da Avaliação de Desempenho, tem um desempenho reduzido, pois ou não realiza estas actividades ou então fá-lo, só às vezes, como se pode observar no gráfico seguinte.

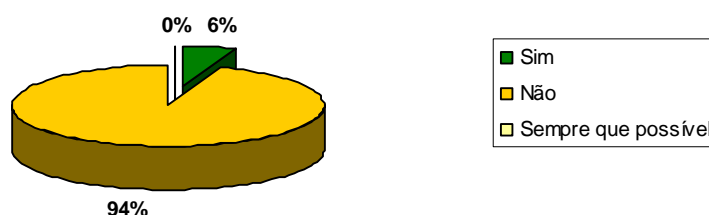
Gráfico nº 17 - Definição de Objectivos e Avaliação de Desempenho



Fonte: Quadro nº 18 do Anexo nº 5

Apenas um dos entrevistados referiu existir recompensa para os melhores colaboradores, tendo os restantes respondido que não havia incentivos.

Gráfico nº 18 - Recompensas para os trabalhadores



Fonte: Quadro nº 19 do Anexo nº 5

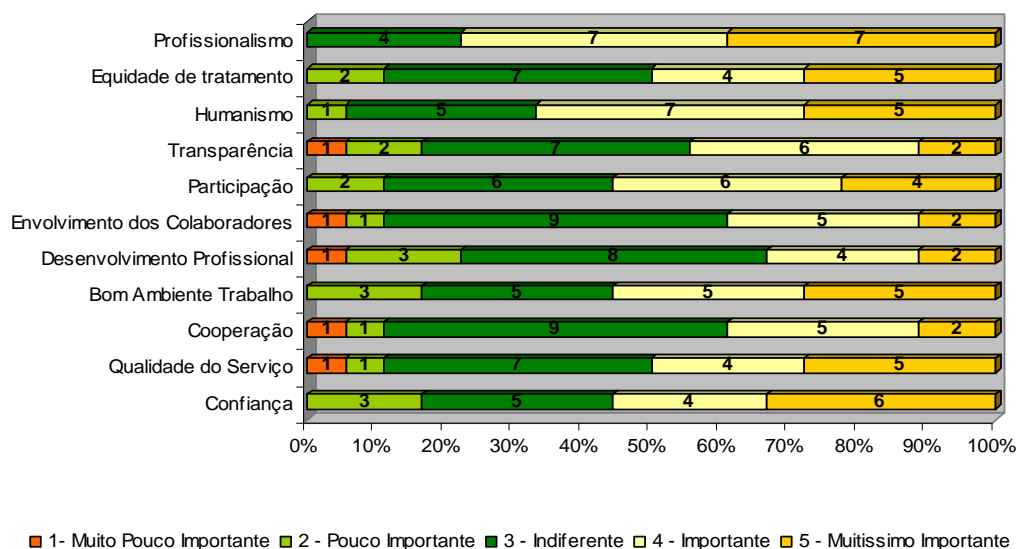
C – Percepções sobre o Clima e Organização do Trabalho

Foi apresentada uma lista de valores organizacionais, a cada um dos entrevistados para que os classificassem de 1 a 5, de acordo com o grau de satisfação que cada valor tinha, para si, na Organização, sendo 1 muito pouco importante e 5 muitíssimo importante (gráfico nº 19). De acordo com a opinião dos respondentes os valores considerados importantes são: profissionalismo, humanismo, participação, bom ambiente de trabalho, confiança, equidade no trabalho e qualidade do serviço. Os entrevistados não consideraram importantes valores organizacionais como: transparência, o envolvimento dos colaboradores, o desenvolvimento profissional e a cooperação.

Para conhecer a satisfação relativamente às actuais condições de trabalho, os entrevistados tiveram de classificar vários itens atribuindo classificações entre 1 e 5, sendo 1 *insatisfeito* e 5 *muitíssimo satisfeito*. O grau de satisfação com o trabalho foi avaliado globalmente como indiferente (veja-se gráfico nº 20). Os respondentes referiram estar satisfeitos com o trabalho que realizam e insatisfeitos em relação às promoções e remunerações.

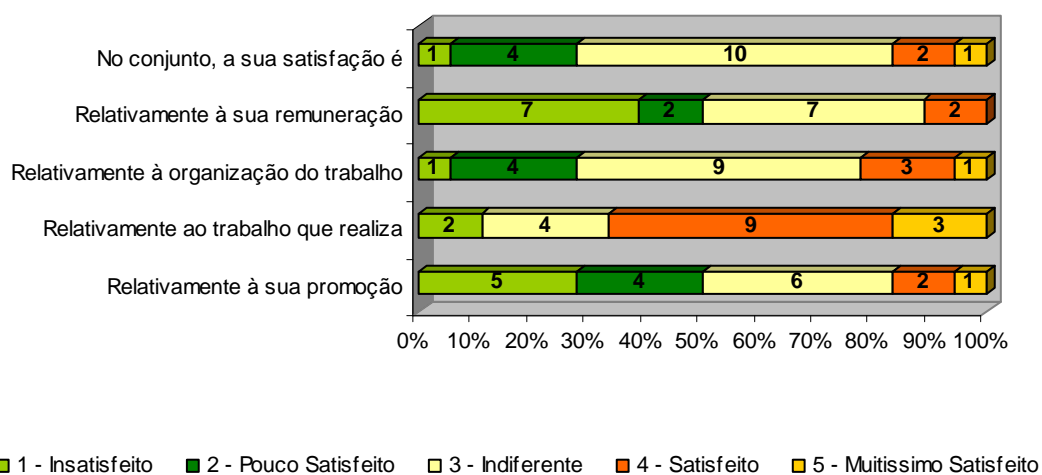
Foi solicitado a cada administrativo que indicasse o grau de importância que alguns itens têm na Organização onde trabalha, sendo 1 muito pouco importante e 5 muitíssimo importante. Os respondentes consideraram todos os factores como importantes com excepção do número de funcionários afectos ao serviço e do espaço de trabalho/equipamento, como se pode observar no gráfico nº21.

Gráfico nº 19 - Valores organizacionais



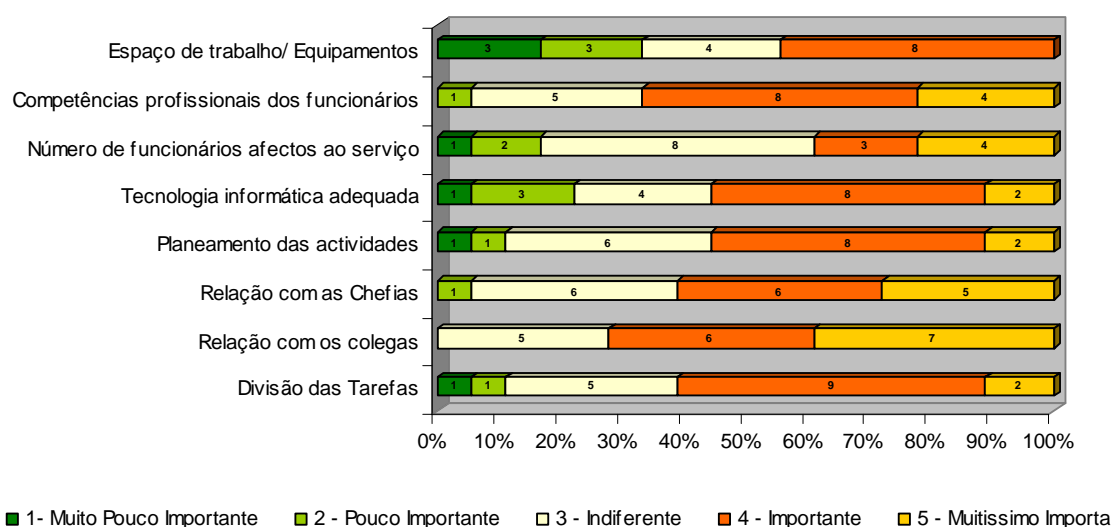
Fonte: Quadro nº 20 do anexo nº5

Gráfico nº 20 - Satisfação dos trabalhadores com as actuais condições de trabalho



Fonte: Quadro nº 21 do anexo nº5

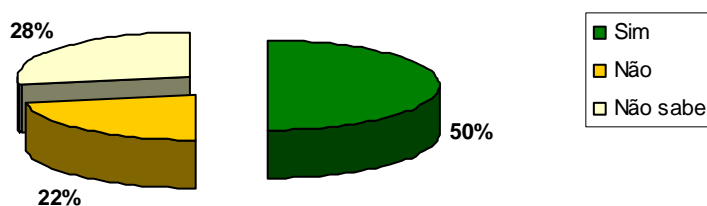
Gráfico nº 21 – Factores com relevância na organização



Fonte: Quadro nº 22 do anexo nº5

Em relação à organização de acções de formação 50% dos entrevistados responderam que houve acções de formação nos últimos 5 anos, 22% responderam que não e 28% respondem que não sabem (veja-se gráfico nº 22).

Gráfico nº 22 - Existência de Acções de Formação



Fonte: Quadro nº 23 do Anexo nº 5

As áreas em que os respondentes frequentaram acções de formação nos últimos 5 anos, dentro ou fora, da organização em que trabalham, foram as que constam do quadro nº 12.

Quadro nº 12 – Acções de Formação Frequentadas nos últimos 5 anos

Acções de Formação	Duração
Trabalho em Equipa	30 Horas
Gestão de Conflitos	30 Horas
Atendimento ao Público	12 Horas
Comunicação e Competências Relacionais	5 Horas
Área do Gabinete do Utente	42 Horas
Internet e E-mail	18 Horas
SINUS	3 semanas
Actualização ao SINUS	35 Horas
Marcação de consultas pela Internet	1 hora
Ensino recorrente para acabar o ensino secundário	2 anos

Fonte: Anexo nº 5

Os respondentes gostariam de aprofundar conhecimentos nas áreas que constam do quadro seguinte.

Quadro nº 13 – Áreas de Aprofundamento de Conhecimentos

Procedimentos Administrativos
Gestão de Conflitos
Atendimento ao Público
Informática
Sistemas de Gestão de Base de Dados
Introdução à Internet
Qualidade
Gestão de Doentes
Assertividade

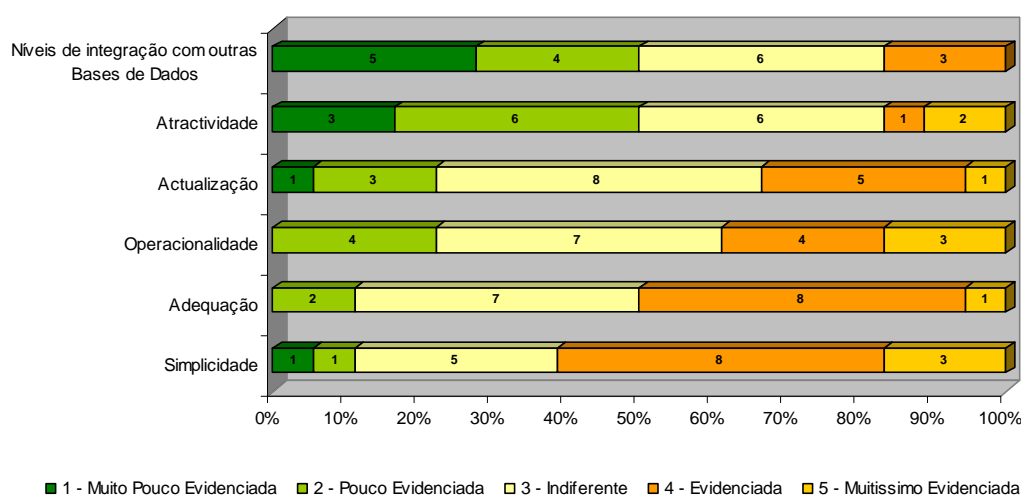
Fonte: Anexo nº 5

Os Centros de Saúde têm um programa com o qual trabalha o pessoal administrativo, o sistema SINUS - Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde, este foi classificado pelos respondentes ao nível de algumas características, sendo 1 muito pouco evidenciada e 5 muitíssimo evidenciada. De acordo com a opinião demonstrada (veja-se gráfico nº 23) os entrevistados colocaram em evidência as características do SINUS

relacionadas com a adequação e simplicidade. Referiram que não evidenciava integração com outras bases de dados e que era pouco atractivo.

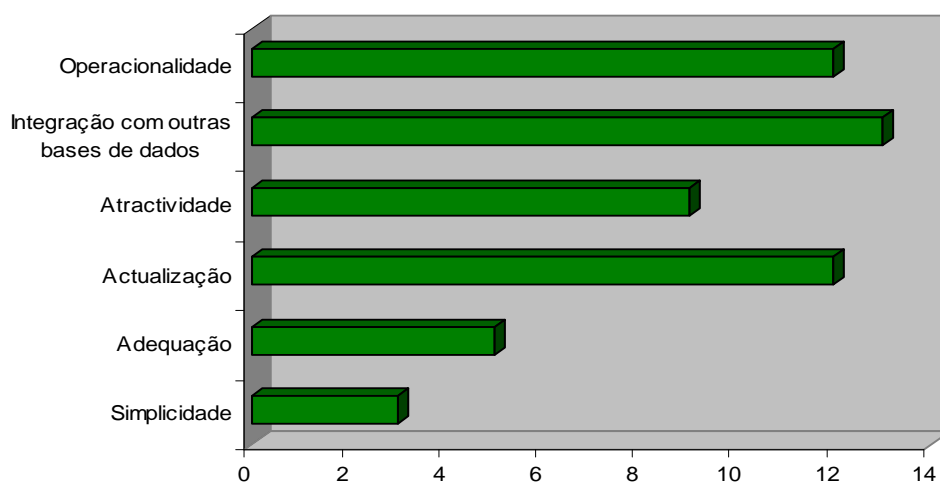
Na opinião dos entrevistados deviam ser introduzidas melhorias no SINUS ao nível de (veja-se gráfico nº 24): integração com outras bases de dados, operacionalidade, actualização e atractividade.

Gráfico nº 23 – Características do SINUS



Fonte: Quadro nº 24 do Anexo nº 5

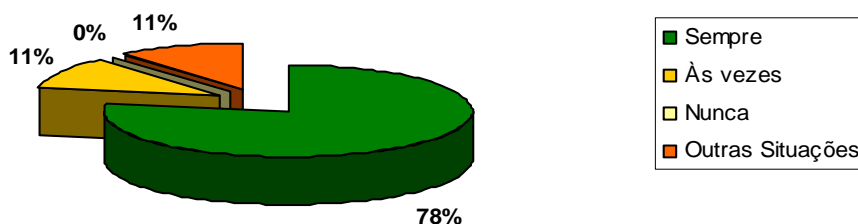
Gráfico nº 24 – Melhorias no SINUS



Fonte: Quadro nº 25 do Anexo nº 5

Quando questionados acerca da política da organização de avisar os utentes em caso de alteração da data da consulta, 78% dos entrevistados responderam que o faziam sempre (veja-se gráfico nº 25)

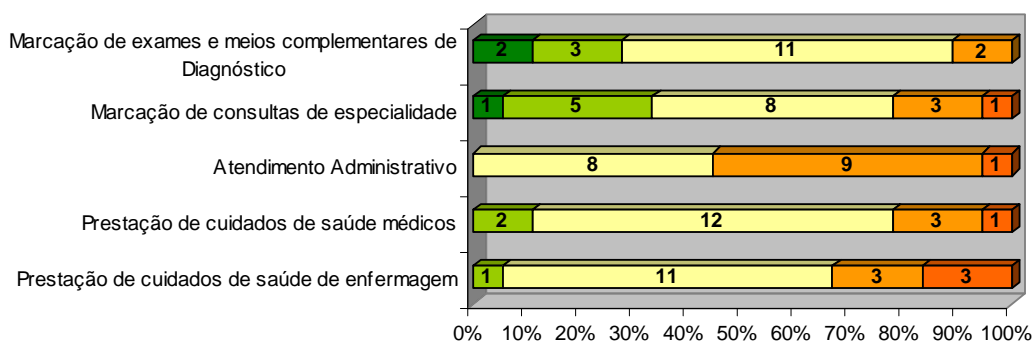
Gráfico nº 25 - Aviso de desmarcação de consultas



Fonte: Quadro nº 26 do Anexo nº 5

Em relação à percepção sobre o grau de satisfação dos utentes do Centro de Saúde, os entrevistados responderam que, na sua maioria, os utentes se encontram, satisfeitos e muitíssimo satisfeitos com o atendimento administrativo, em relação às outras categorias existe alguma indiferença a este nível (veja-se gráfico nº 26).

Gráfico nº 26 - Percepção da Satisfação dos utentes



1 - Muito Pouco Satisfeito 2 - Pouco Satisfeito 3 - Indiferente 4 - Satisfeito 5 - MUITÍSSIMO Satisfeito

Fonte: Quadro nº 27 do Anexo nº 5

Na última questão da entrevista era solicitado aos respondentes que sugerissem melhorias a introduzir na Organização do Trabalho, para que o Centro de Saúde pudesse oferecer uma prestação de cuidados de saúde com uma qualidade acrescida. Acerca deste assunto os entrevistados sugeriram as seguintes melhorias (quadro nº 28 do anexo nº 5) :

- aumento dos recursos humanos, de acordo com as necessidades, quer ao nível administrativo quer ao nível dos médicos e enfermeiros;
- oferecer mais serviços ao nível dos exames complementares de diagnóstico;
- formação ao nível da assertividade, atendimento ao público;
- utilizar menos contratos de trabalho precários;
- descentralizar pela cidade as equipas médico/enfermeiro/auxiliar de acção médica e administrativo;
- melhorar o planeamento das consultas médicas e do serviço de enfermagem.

4.1.2.2 – Centro de Saúde de Sousel

No Centro de Saúde de Sousel, desempenham funções administrativas, nove (9) colaboradores, sendo um deles, chefe dos serviços administrativos. Foram entrevistadas presencialmente 4 das mesmas.

A - Caracterização Individual e Profissional

Tal como foi referido anteriormente neste centro de saúde apenas foram entrevistados quatro indivíduos que se passam a caracterizar (veja-se quadros nº 1 ao 8 do anexo nº6):

- três (3) são do sexo feminino e um (1) do sexo masculino, todos são casados e três (3) deles têm filhos;
- dois (2) entrevistados pertencem à classe etária dos 30-39 anos e outros dois (2) à dos 50-59 anos;
- dois (2) são Assistentes Administrativos Especialistas, um (1) é Assistente Administrativo Principal e um (1) Assistente Administrativo;
- quanto ao vínculo contratual todos os entrevistados fazem parte do Quadro do Centro de Saúde;

- dois (2) dos entrevistados trabalham no Centro de Saúde entre os 15 e os 20 anos e os outros dois (2) trabalham há mais de 30 anos;
- quanto às habilitações literárias que os entrevistados possuem: dois o ensino secundário, um o Ensino Básico - 1º ciclo e um Ensino Básico - 2º Ciclo.

B- Percepções sobre a função Gestão de Recursos Humanos

No Centro de Saúde de Sousel, todos os entrevistados desempenham a função para a qual foram contratados (veja-se quadro nº 9 do anexo nº6).

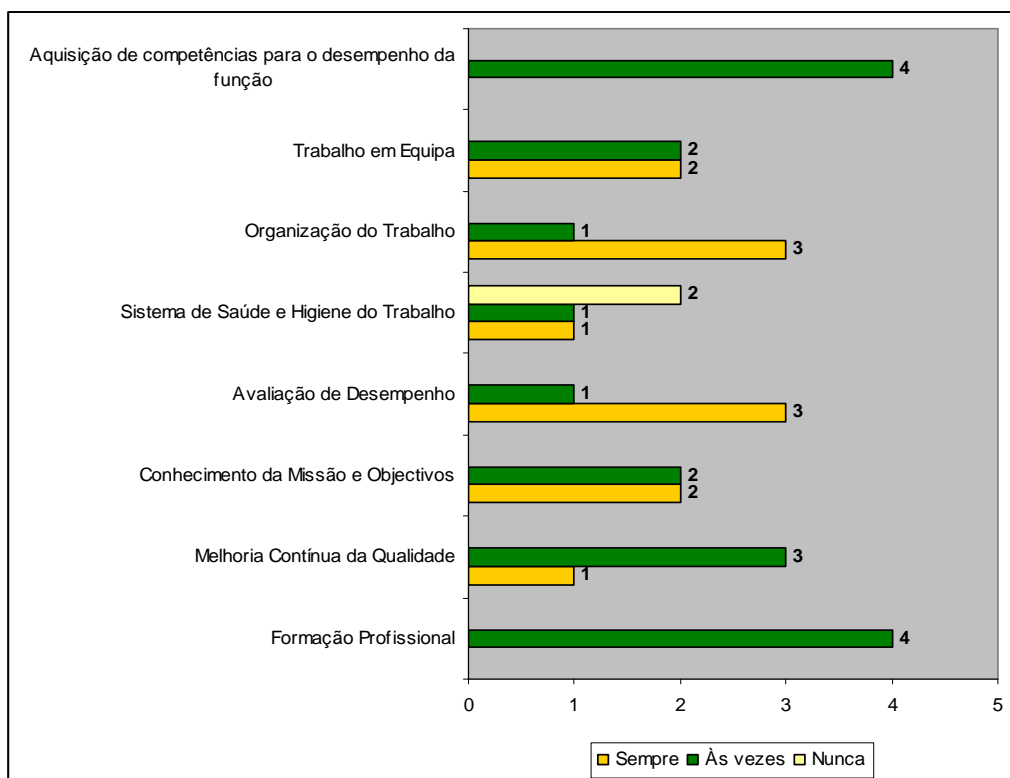
Foi solicitado aos respondentes que, de acordo com a sua experiência descrevessem o papel que deve ser desempenhado pelo pessoal administrativo, como agente do processo de prestação de cuidados de saúde, através das suas respostas pode-se concluir o seguinte (vide quadro nº 10 do anexo nº 6):

- atendimento ao público;
- encaminhar o utente;
- prestar informações;
- pontualidade e disponibilidade;
- procurar formas inovadores para executar o serviço.

Como se pode observar, através do gráfico nº 27, denota-se através da opinião da maioria dos entrevistados acerca do estímulo que é dado a determinadas políticas e comportamentos na GRH, de que estas são sempre estimuladas, com excepção da formação profissional e da aquisição de competências para o desempenho da função.

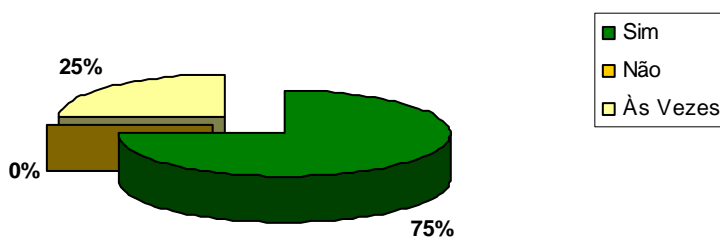
No que se refere à participação nas decisões do Centro de Saúde três dos Administrativos (75%) dizem que participam nas mesmas e um dos entrevistados (25 %) respondeu às vezes (veja-se gráfico nº 28).

Gráfico nº 27 – Estímulo de políticas e comportamentos na GRH



Fonte: Quadro nº 11 do Anexo nº 6

Gráfico nº 28 – Participação do Pessoal Administrativo nas decisões do Centro de Saúde

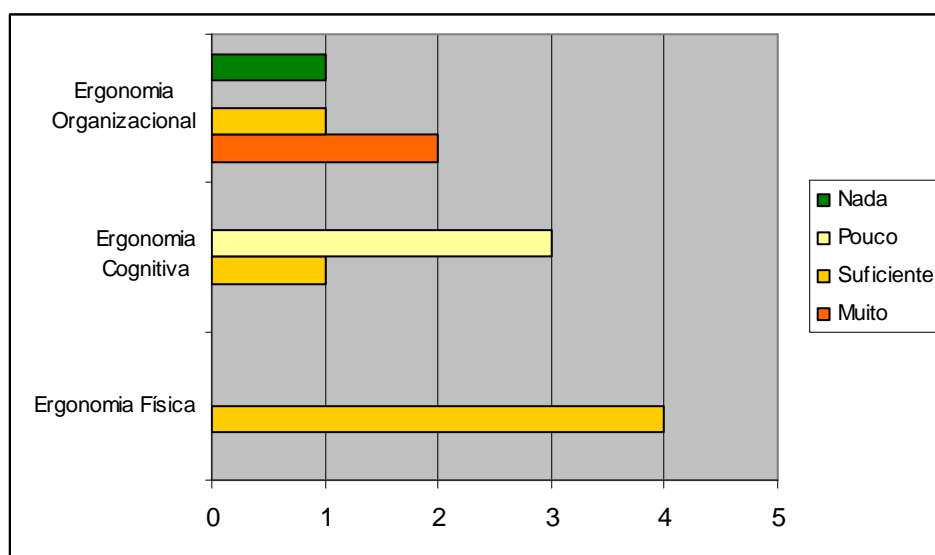


Fonte: Quadro nº 12 do Anexo nº 6

Através do gráfico nº 29 pode-se observar que relativamente à ergonomia física os entrevistados concordam que é suficiente; no que se refere à ergonomia cognitiva, três dos entrevistados dizem que a organização não se preocupa muito e um deles refere que a

organização se preocupa o suficiente; relativamente à ergonomia organizacional as opiniões dividem-se, dado que 50% refere que a organização se preocupa muito e os restantes 50%, dividem-se, onde um dos entrevistados diz que a organização se preocupa pouco e outro refere nada.

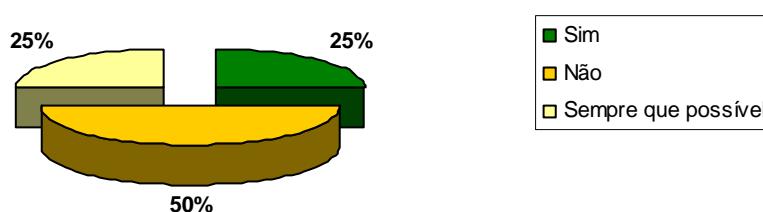
Gráfico nº 29 - Preocupação com a Ergonomia



Fonte: Quadro nº 13 do Anexo nº 6

O pessoal administrativo, quando questionado sobre se a organização se preocupa em conciliar a vida familiar e pessoal dos Administrativos com a vida profissional, as respostas são diversificadas. Assim, 50% dos entrevistados dizem não, 25% diz que sim e 25% refere sempre que possível (veja-se gráfico nº 30).

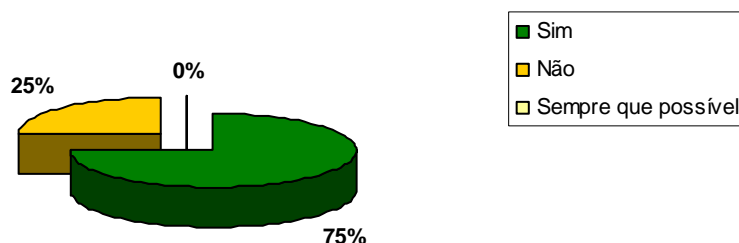
Gráfico nº 30 - Conciliação da Vida Pessoal e Profissional



Fonte: Quadro nº 14 do Anexo nº 6

Os entrevistados são incentivados a trabalhar em Equipa como se pode observar através do gráfico nº 31.

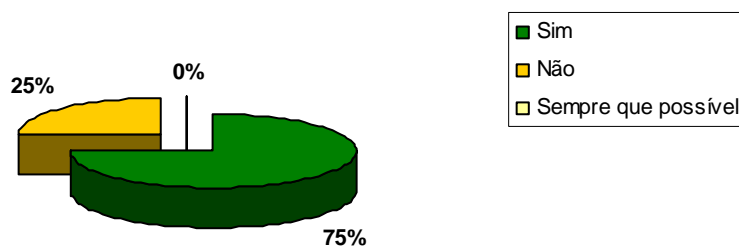
Gráfico nº 31 - Incentivo para trabalhar em Equipa



Fonte: Quadro nº 15 do Anexo nº 6

No que se refere à cooperação entre colegas segundo os entrevistados, 75% responde que existe cooperação (veja-se gráfico nº 32).

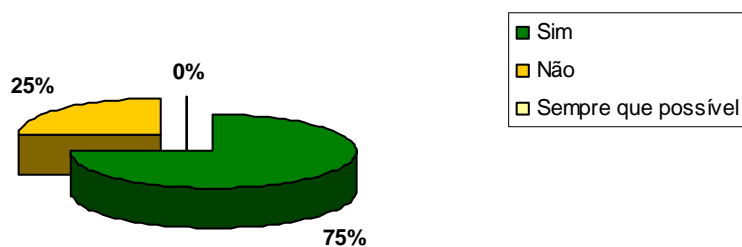
Gráfico nº 32 - Cooperação entre colegas



Fonte: Quadro nº 16 do Anexo nº 6

Como se pode observar pelo gráfico nº 33, a maioria dos entrevistados refere que a aquisição de novas competências profissionais é fomentada sempre que possível (75%).

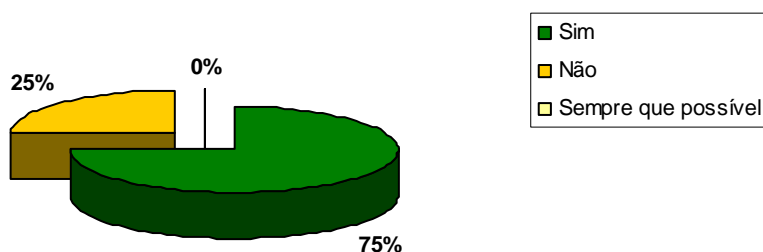
Gráfico nº 33 - Aquisição de novas competências



Fonte: Quadro nº 17 do Anexo nº 6

Na opinião dos entrevistados o Centro de Saúde, ao nível da definição de objectivos com os colaboradores e à realização da Avaliação de Desempenho, tem um bom desempenho, uma vez que estas actividades são realizadas regularmente, como se pode observar no gráfico seguinte.

Gráfico nº 34 - Definição de Objectivos e Avaliação de Desempenho



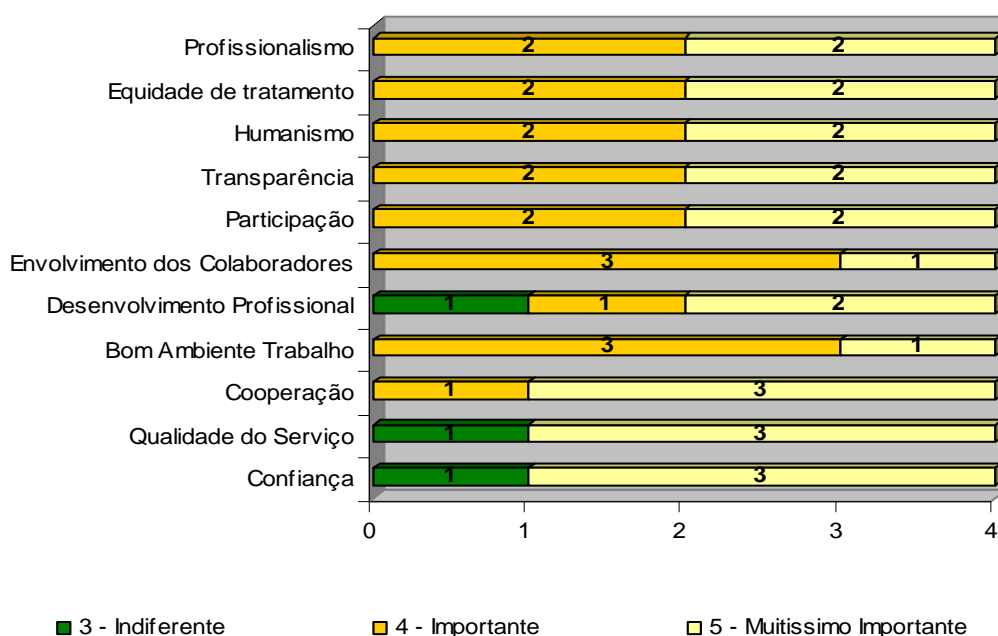
Fonte: Quadro nº 18 do Anexo nº 6

Os entrevistados foram unânimes no que respeita a recompensas para os melhores colaboradores, pois todos responderam que não há recompensas (veja-se quadro nº 19 do anexo nº 6).

C – Percepções sobre o Clima e Organização do Trabalho

Foi apresentada uma lista de valores organizacionais, a cada um dos entrevistados para que os classificassem de 1 a 5, de acordo com o grau de satisfação que cada valor tinha para si na Organização, sendo 1 muito pouco importante e 5 muitíssimo importante (gráfico nº 35). De acordo com a opinião dos respondentes todos os valores foram considerados como importantes para o clima e organização do trabalho.

Gráfico nº 35 - Valores organizacionais

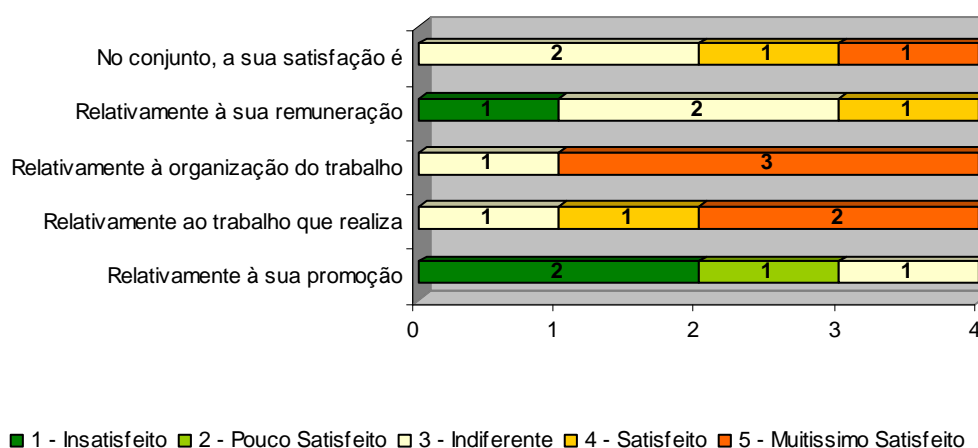


Fonte: Quadro nº 20 do anexo nº 6

Para conhecer a satisfação relativamente às actuais condições de trabalho, os entrevistados tiveram de classificar vários itens atribuindo classificações entre 1 e 5, sendo 1 *insatisfeito* e 5 *muitíssimo satisfeito*. O grau de satisfação com o trabalho foi avaliado globalmente por 50% dos entrevistados como estando numa zona de indiferença (nem satisfeitos nem insatisfeitos) e por outros 50% como existindo satisfação (veja-se gráfico nº 36). Os

respondentes referiram estar satisfeitos com o trabalho que realizam e a organização do trabalho e insatisfeitos em relação às promoções.

Gráfico n° 36 - Satisfação dos trabalhadores com as actuais condições de trabalho

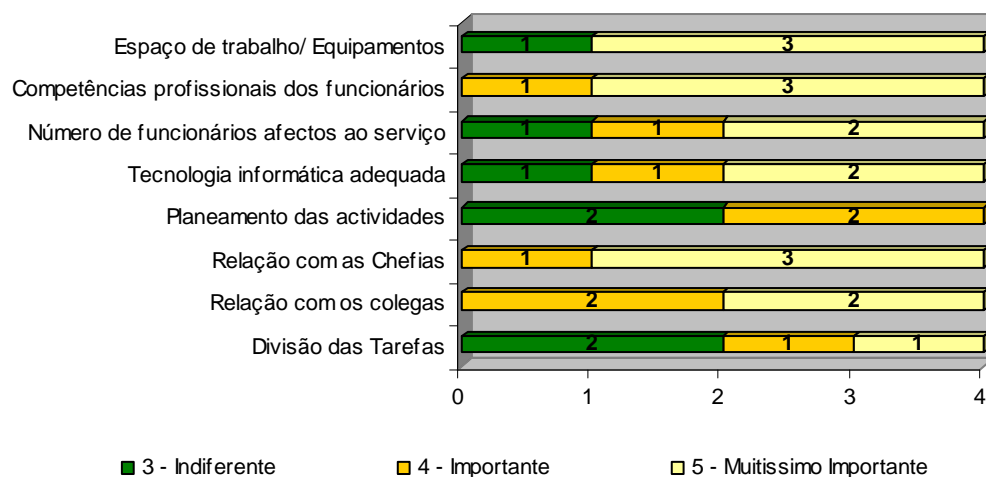


Fonte: Quadro n° 21 do anexo n° 6

Foi solicitado a cada administrativo que indicasse o grau de importância que alguns itens têm na Organização onde trabalha, sendo 1 muito pouco importante e 5 muitíssimo importante. Os respondentes consideraram todos os factores como importantes, sendo esta importância menor ao nível da divisão de tarefas e do planeamento de actividades (veja-se gráfico n° 37).

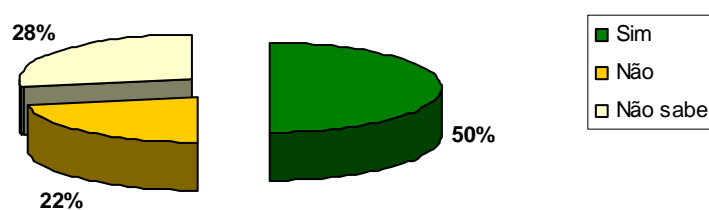
Relativamente a acções de formação, 75% do Pessoal Administrativo refere que participaram em acções de formação e 25% referem que frequentam, sempre que possível (veja-se gráfico n° 38).

Gráfico n° 37 – Factores com relevância na organização



Fonte: Quadro n° 22 do anexo n° 6

Gráfico n° 38 - Existência de Acções de Formação



Fonte: Quadro n° 23 do Anexo n° 6

As áreas em que os respondentes frequentaram acções de formação nos últimos 5 anos, dentro ou fora da organização em que trabalham foram as seguintes: Contabilidade, Projecto SINUS (Gestão de Máquinas), Informática, Procedimentos Comunicacionais.

Os respondentes gostariam de aprofundar conhecimentos nas áreas que constam do quadro seguinte.

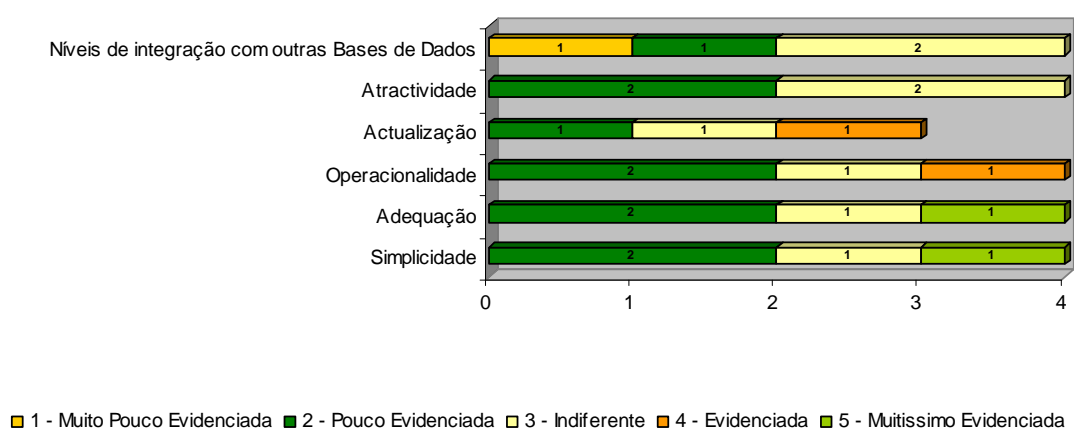
Quadro nº 14 – Áreas de Aprofundamento de Conhecimentos

Introdução à Internet
Informática
Qualidade
Procedimentos Administrativos
Gestão de Doentes
Sistemas de Gestão de Base de Dados
Atendimento ao Público

Fonte: Anexo nº 6

Os Centros de Saúde têm um programa com o qual trabalha o pessoal administrativo, o sistema SINUS - Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde, este foi classificado pelos respondentes ao nível de algumas características, sendo 1 muito pouco evidenciada e 5 muitíssimo evidenciada. De acordo com a opinião demonstrada (veja-se gráfico nº 39) os entrevistados referiram que não evidenciava integração com outras bases de dados, que era pouco atractiva, pouco operacional, pouco adequada e que não é simples.

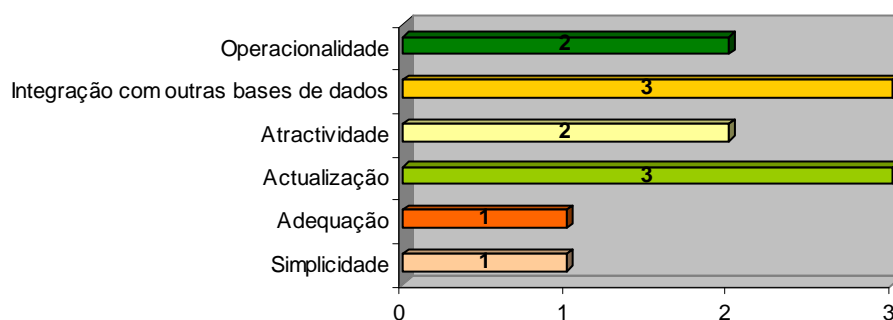
Gráfico nº 39 – Características do SINUS



Fonte: Quadro nº 24 do Anexo nº 6

Na opinião dos entrevistados deviam ser introduzidas melhorias no SINUS ao nível de (veja-se gráfico nº 40): integração com outras bases de dados, actualização, operacionalidade, e atractividade.

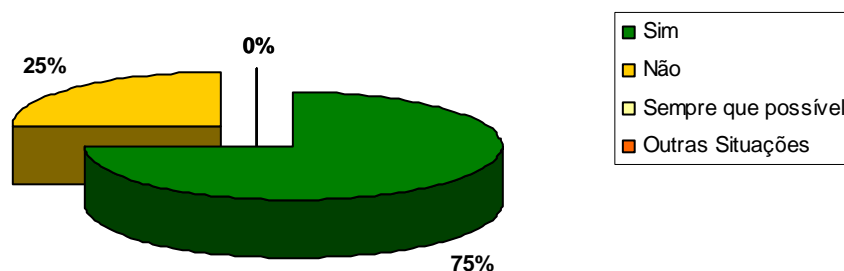
Gráfico nº 40 – Melhorias no SINUS



Fonte: Quadro nº 25 do Anexo nº 6

Dos 4 entrevistados 3 respondem que é política da organização, informar os utentes quando há alteração da data da consulta e sempre que haja o contacto do utente, um deles diz que não é política da organização (veja-se gráfico nº 41).

Gráfico nº 41 - Aviso de desmarcação de consultas

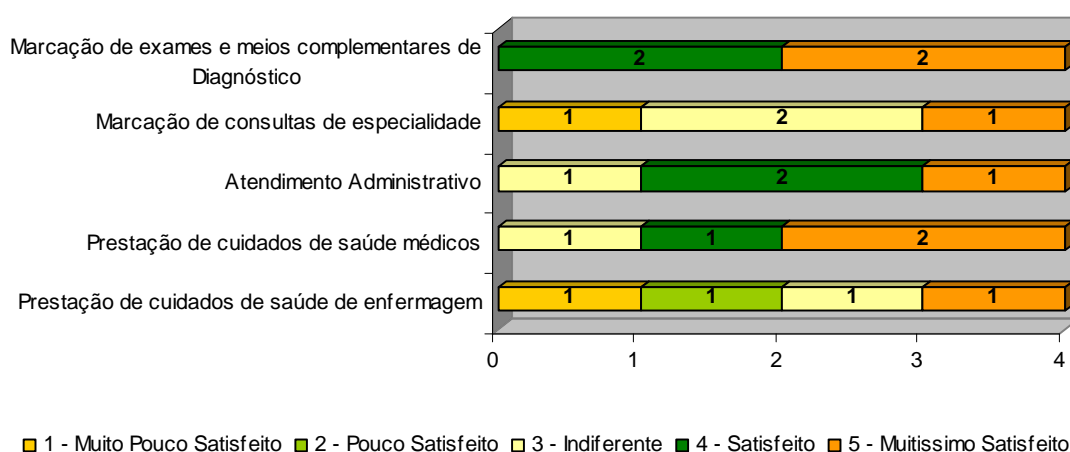


Fonte: Quadro nº 26 do Anexo nº 6

Em relação à percepção sobre o grau de satisfação dos utentes do Centro de Saúde, os entrevistados responderam que, na sua maioria, os utentes se encontram satisfeitos e

muitíssimo satisfeitos com os factores apresentados com excepção da marcação de exames e meios complementares de diagnóstico e com a prestação de cuidados de saúde de enfermagem (veja-se gráfico nº 42).

Gráfico nº 42 - Percepção da Satisfação dos Utentes



Fonte: Quadro nº 27 do Anexo nº 6

Na última questão da entrevista era solicitado aos respondentes que sugerissem melhorias a introduzir na Organização do Trabalho, para que o Centro de Saúde pudesse oferecer uma prestação de cuidados de saúde com uma qualidade acrescida. Acerca deste assunto os entrevistados sugeriram as seguintes melhorias:

- acabar com os dias e horas certas para os serviços de enfermagem: medir tensão, injeções, pensos, vacinas, etc.
- mais médicos;
- mais trabalho em equipa.

4.1.2.3 – Resumo das Perspectivas do Pessoal Administrativo dos Dois Centros de Saúde

Com o objectivo de sintetizar a informação recolhida junto do pessoal Administrativo e de forma a facilitar a comparação entre as duas perspectivas elaborou-se o quadro que abaixo se apresenta.

Quadro nº 15- Resumo das Perspectivas do Pessoal Administrativo dos Centros de Saúde

Factores	Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	Centro de Saúde de Sousel
Caracterização Individual e Profissional	<p>Predominam os colaboradores do sexo feminino (89%); Existem colaboradores nos diversos escalões etários; 66,7% são casados e 67% tem filhos;</p> <p>56% são Assistentes Administrativos, 11% são Assistentes Administrativos Principais;</p> <p>67% são do quadro de pessoal;</p> <p>33% trabalham há menos de 4 anos na instituição, 67% há mais de 20 anos; 50% possuem o ensino secundário, 22% são licenciados.</p>	<p>Predominam os colaboradores do sexo feminino (75%); Todos possuem mais de 30 anos de idade; Todos são casados e a maioria tem filhos; 50% são Assistentes Administrativos Especialistas, 25% são Assistentes Administrativos Principais e 25% Assistentes Administrativos;</p> <p>Todos fazem parte do quadro de pessoal; Todos trabalham na instituição há mais de 15 anos;</p> <p>50% possuem o ensino secundário.</p>
Desempenho da função para a qual foram contratados	89%	100%
Papel do Pessoal Administrativo	<ul style="list-style-type: none"> • são o elo de ligação entre o utente e o Centro de Saúde; • são quem faz o primeiro contacto com o utente; • são os menos defendidos quando algo corre mal; • devem ser simpáticos, humildes, compreensivos, claros, concisos; • são quem deve fazer a interligação entre o utente e o médico e/ou enfermeiros; • devem atender os utentes com eficiência, simpatia e rapidez para que o utente se sinta satisfeito com os serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> • atendimento ao público; • encaminhar o utente; • prestar informações; • pontualidade e disponibilidade; • procurar formas inovadoras para executar o serviço.
Estímulo de políticas e comportamentos de GRH	Nem sempre são estimuladas	Existe estímulo

Factores	Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	Centro de Saúde de Sousel
Participação do Pessoal Administrativo nas decisões	Nem sempre são chamados a participar	Participam
Preocupação com a Ergonomia	Baixa	Baixa, apesar da preocupação com a organização ser maior
Conciliação da vida pessoal com a profissional	Às vezes	Às vezes
Incentivo para trabalhar em equipa	Sempre que possível	Sim
Cooperação entre colegas	Sempre que possível	Sim
Aquisição de novas competências	Sempre que possível	Sempre que possível
Definição de objectivos e avaliação de desempenho	Nem sempre existe definição de objectivos e não se faz avaliação de desempenho.	Existe definição de objectivos e é realizada a avaliação de desempenho
Recompensas	Não existem	Não existem
Valores Organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • profissionalismo • humanismo • participação • bom ambiente de trabalho • confiança • equidade no trabalho • qualidade do serviço 	Todos os apresentados
Satisfação dos trabalhadores com as actuais condições de trabalho	Satisfação com o trabalho que realizam; Insatisfação com as promoções e as remunerações.	Satisfação com o trabalho que realizam e com a organização do trabalho; Insatisfação com as promoções.
Factores com relevância na organização	Todos, excepto o número de funcionários afectos ao serviço e do espaço trabalho/equipamento	Todos os listados
Organização de acções de formação	Sim	Sim
Acções de formação frequentadas	<ul style="list-style-type: none"> • trabalho em equipa • gestão de conflitos • atendimento ao público • comunicação e competências relacionais • área do gabinete do utente • <i>Internet</i> e e-mail • <i>SINUS</i> • Actualização do <i>SINUS</i> • Marcação consultas por <i>Internet</i> • Ensino recorrente 	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução à <i>Internet</i> • Informática • Qualidade • Procedimentos administrativos • Gestão de doentes • Sistema de gestão de base de dados • Atendimento ao público
Características do SINUS	Positivo: <ul style="list-style-type: none"> • Adequação • Simplicidade Negativo: <ul style="list-style-type: none"> • A não integração com outras bases de dados 	Negativo: <ul style="list-style-type: none"> • Pouco adequada • A não integração com outras bases de dados • Pouco operacional • Falta de simplicidade

Factores	Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	Centro de Saúde de Sousel
	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco atractiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco atractiva
Melhorias no SINUS	<ul style="list-style-type: none"> • integração com outras bases de dados • operacionalidade • actualização • atractividade 	<ul style="list-style-type: none"> • integração com outras bases de dados • operacionalidade • actualização • atractividade
Aviso de Desmarcação de consultas	Sim	Sim
Percepção da satisfação dos utentes	Satisfação	Satisfação, com excepção da marcação de exames auxiliares de diagnóstico e com a prestação de cuidados de saúde e de enfermagem.
Sugestões para melhorar a organização do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • aumento dos recursos humanos • oferecer mais serviços ao nível dos exames complementares de diagnóstico; • formação ao nível da assertividade, atendimento ao público; • utilizar menos contratos de trabalho precários; • descentralizar pela cidade as equipas médico/enfermeiro/auxiliar de acção médica e administrativo; • melhorar o planeamento das consultas médicas e do serviço de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • acabar com os dias e horas certas para os serviços de enfermagem; • mais médicos; • mais trabalho em equipa.

Fonte: Elaboração própria

Tendo em conta o quadro elaborado anteriormente pode-se concluir que existe grande diversidade de opiniões entre o pessoal administrativo dos dois centros. Os respondentes são concordantes ao nível dos seguintes aspectos:

- existe uma reduzida preocupação com a ergonomia;
- às vezes existe conciliação entre a vida pessoal e a profissional;
- sempre que possível adquirem novas competências;
- não existe um sistema de recompensas;
- são importantes os seguintes valores organizacionais: profissionalismo, humanismo, participação, bom ambiente de trabalho, confiança, equidade no trabalho, qualidade do serviço;

- estão satisfeitos com o trabalho que realizam e insatisfeitos com o sistema de promoções;
- alguns factores com relevância na organização;
- as instituições organizam acções de formação;
- características negativas do SINUS: a não integração das bases de dados e a falta de atractividade;
- nas melhorias no SINUS: integração com outras bases de dados, operacionalidade, actualização, atractividade;
- aviso da desmarcação de consultas;
- devem ser contratados mais médicos.

4.1.2.4. Análise crítica das perspectivas do Pessoal Administrativo dos dois Centros de Saúde face aos modelos teóricos de referência

De acordo com a revisão bibliográfica no ponto 2.1.3 deve existir nas organizações uma política de recursos humanos conforme Neves (2000) e Chiavenato (1998), contudo na opinião do pessoal administrativo dos dois centros em algumas áreas essas políticas são realizadas de forma deficitária, nomeadamente: ao nível da estratégia de recursos humanos, da manutenção dos recursos humanos, da gestão do emprego.

Tal como já foi referido anteriormente, a avaliação de desempenho é fundamental para o bom funcionamento da organização, como se constatou na revisão bibliográfica no ponto 2.3.2, contudo verifica-se que no centro de saúde de Montemor-o-Novo esta não está a ser aplicada, como consequência torna-se difícil desenvolver sistemas para melhorar o rendimento e a produtividade dos colaboradores, conforme referem Câmara, Guerra, Rodrigues (1997).

Quanto ao sistema de recompensas segundo Carapeto e Fonseca (2005), no ponto 2.1.3.3.1, na Administração Pública o reconhecimento informal é extremamente importante, no estudo constata-se que na opinião do pessoal administrativo, este sistema não é aplicado em nenhum dos CS.

Em relação à participação, na revisão bibliográfica no ponto 2.1.4.1, referiu-se que esta conduz à motivação e desenvolvimento das pessoas, conforme argumentam os autores Cardoso (1997), Jorge (2002), Neves (2000) e Carapeto e Fonseca (2005). De acordo com a opinião do pessoal administrativo estes participam nas decisões, na organização e na planificação das actividades, apesar desta participação ser mais efectiva no CS de Sousel.

No ponto 2.1.3.4 verificou-se que as políticas de saúde e de higiene no trabalho são importantes e necessárias para o desenvolvimento dos indivíduos no local de trabalho, tal como defendem os autores Jorge (2002) e Cox (1993), contudo verifica-se que nos dois CS existe uma preocupação reduzida com alguns aspectos relacionados com esta matéria, nomeadamente com a ergonomia.

Na revisão bibliográfica do ponto 2.1.3.5 refere-se que a formação profissional é um instrumento fundamental da GRH como defendem os autores Câmara, Guerra, Rodrigues (1997) e Carapeto e Fonseca (2005), uma vez que os colaboradores podem aumentar os seus níveis de produtividade, manter e melhorar a sua competitividade, alcançar maiores níveis de eficácia, de eficiência e melhor qualidade de serviços. Na opinião do pessoal administrativo a aquisição de novas competências, nem sempre é fomentada, apesar de em ambos os centros o pessoal administrativo ter frequentado algumas acções de formação.

No ponto 2.1.4.1 deste trabalho são abordadas as várias perspectivas relacionadas com a motivação, uma dessas abordagens é apresentada pelo autor Cardoso (1997), onde este se refere ao dinheiro e ao seu relacionamento com a motivação do trabalhador. Na opinião do pessoal administrativo, existe satisfação com o trabalho que realizam contudo, estes encontram-se insatisfeitos com as promoções e remunerações.

Em relação a um dos patamares da cultura organizacional, segundo a perspectiva de Schein (1984) (veja-se ponto 2.4.3), aquele que está relacionado com os valores organizacionais, que obriga a um nível de consistência e de comportamentos por parte de todos os membros da organização, o pessoal administrativo entrevistado, é da opinião que a organização atribui importância a valores como: o profissionalismo, o humanismo, a participação, o bom ambiente do trabalho, a confiança, a equidade no trabalho e a qualidade do serviço.

Quanto à percepção da satisfação dos utentes que é uma área fundamental em todas as organizações (ponto 2.2.3), segundo os Rust e Zahorik, 1993; Anderson, Fornell, Lehmann, 1994 Anderson e Sullivan, 1993 e Llorens, 1996, Noé, 1998 importa referir que o pessoal administrativo, do CS de Montemor-o-Novo, é da opinião que os utentes se encontram satisfeitos, o mesmo não se verifica em relação ao CS de Sousel, onde existe percepção de insatisfação no que diz respeito à marcação de exames complementares de diagnóstico e prestação de cuidados de saúde e de enfermagem, aspectos apontados como indicadores de satisfação.

4.2. Perspectiva dos Utentes sobre o Pessoal Administrativo dos Centros de Saúde

Aos utentes dos Centros de Saúde foram aplicados trezentos e oitenta e quatro inquéritos com o objectivo de se conhecer o grau de satisfação em relação ao atendimento e prestação de serviços do Pessoal Administrativo dos Centros de Saúde (anexo nº 3).

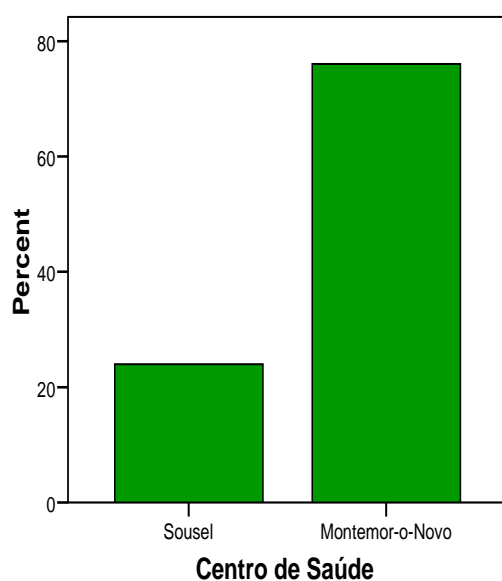
4.2.1 – Caracterização da Amostra

Em termos globais a amostra caracteriza-se por 24% dos utentes pertencerem ao Centro de Saúde de Sousel (noventa e dois respondentes) e 76% pertencerem ao Centro de Saúde de Montemor-o-Novo (duzentos e noventa e dois respondentes), sendo 37,7% do sexo masculino e 62,3% do sexo feminino (veja-se gráfico nº 43 e 44).

No que diz respeito à idade a amostra caracteriza-se por 26,9% terem entre os 15-29 anos, 24,8% terem entre os 30-44 anos, 31,9% terem entre os 45-59 anos, 11,7% terem entre os 60-74 anos e 4,7% terem mais de 75 anos (veja-se gráfico nº 45).

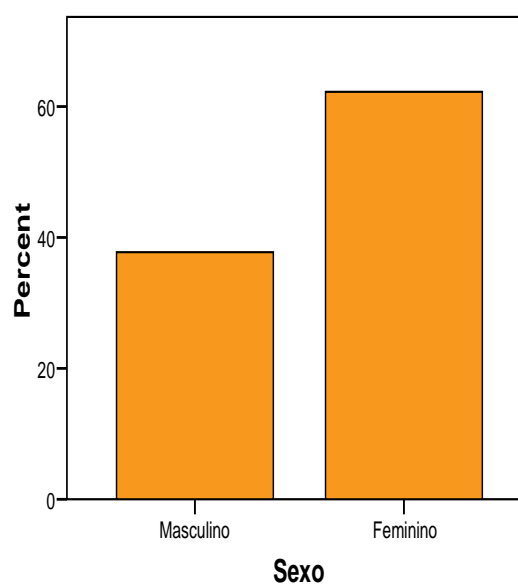
Relativamente às habilitações literárias 30,4% possuem o Ensino Secundário, 24,1% possuem o 1º Ciclo, 18,7% possuem o Ensino Superior, 17,1% possuem o 3º Ciclo e 9,8% possuem o 2º Ciclo (veja-se gráfico nº46).

Gráfico nº 43 – Centro de Saúde



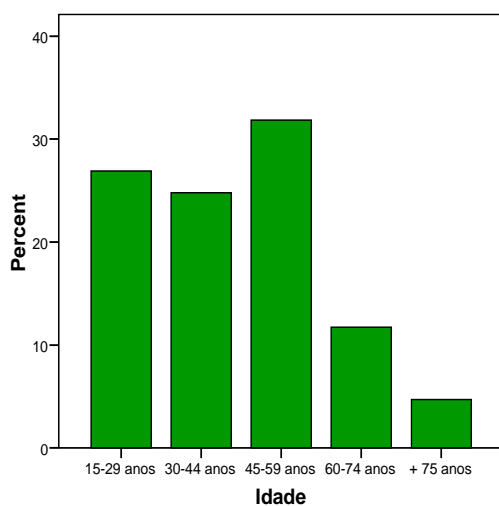
Fonte: Quadro nº 1 do anexo nº 7

Gráfico nº 44 - Sexo



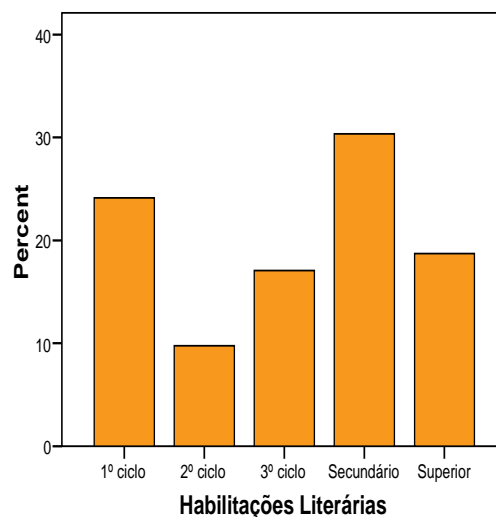
Fonte: Quadro nº 2 do anexo nº 7

Gráfico nº 45 - Idade



Fonte: Quadro nº 3 do anexo nº 7

Gráfico nº 46 – Habilitações Literárias

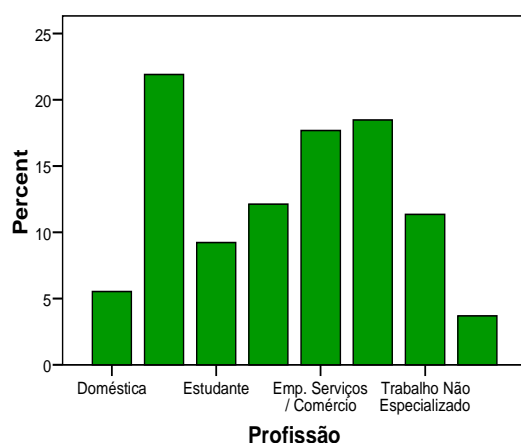


Fonte: Quadro nº 5 do anexo nº 7

Na amostra 21,9% são pessoas reformadas/desempregadas, 18,5% são trabalhadores Especializados/Qualificados, 17,7% são Empregados de Serviços/ Comércio, 12,1% pertencem a Quadro Médio/Superior, 9,2% são estudantes e 5,5% são domésticas (veja-se gráfico nº 47).

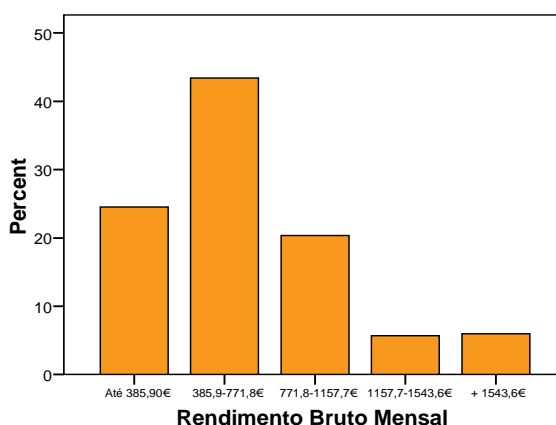
Em relação ao nível de rendimento bruto 43,4% das pessoas têm rendimento entre os 385,9€-771,80€, 24,6% têm menos de 385,90€, 20,4% em entre 771,8€-1157,7€, 6% mais de 1543,6€ e 5,7% entre 1157,7-1543,6 (veja-se gráfico nº48).

Gráfico nº 47 – Profissão



Fonte: Quadro nº 5 do anexo nº 7

Gráfico nº 48 – Rendimento Bruto Mensal



Fonte: Quadro nº 6 do anexo nº 7

4.2.2 Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

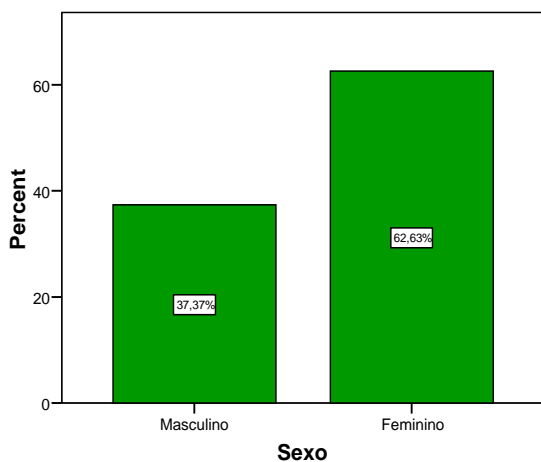
Aos utentes do Centro de Saúde de Montemor-o-Novo foram aplicados 292 inquéritos de forma não presencial.

Relativamente ao sexo 37,4% são do sexo masculino e 62,6% do sexo feminino, veja-se gráfico nº 49.

No que diz respeito à idade dos respondentes 33,3% pertencem à faixa etária dos 45-59 anos, 27,1% pertencem à faixa etária dos 30-44 anos, 34,1% pertencem à faixa etária dos

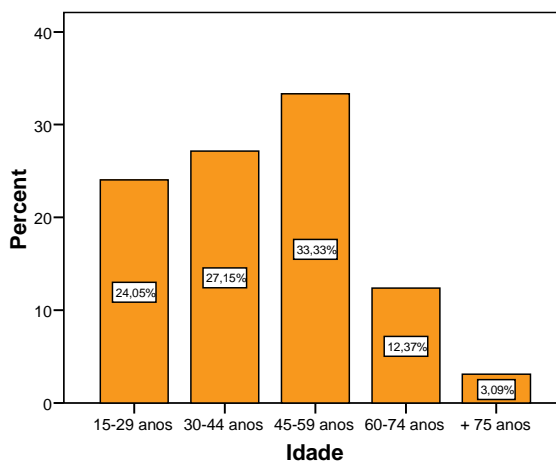
15-29 anos. A faixa etária menos representativa corresponde aos respondentes com mais de 75 anos, veja-se gráfico nº 50.

Gráfico nº 49 – Sexo



Fonte: Quadro nº 1 do Anexo nº 8

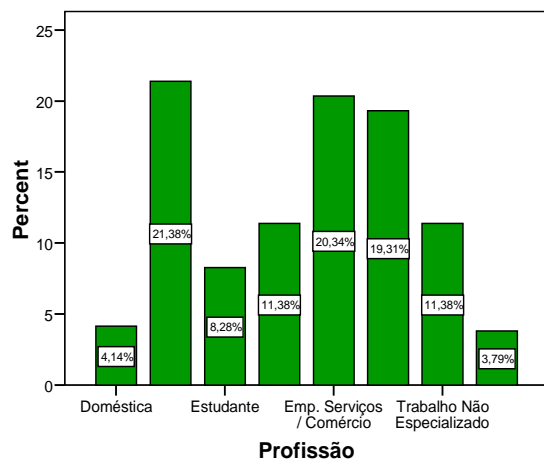
Gráfico nº 50 – Idade



Fonte: Quadro nº 2 do Anexo nº 8

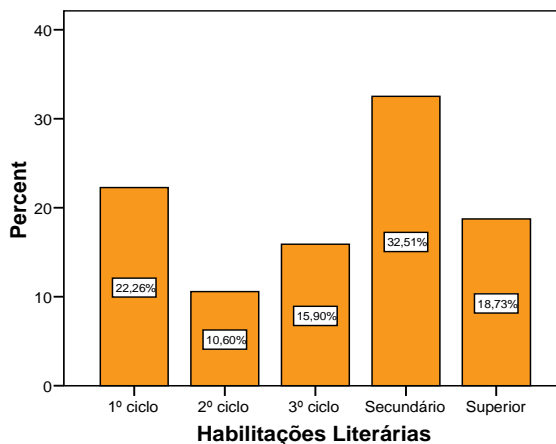
A profissão dos respondentes é muito diversificada (veja-se gráfico nº51), 21,4% são reformados/desempregados, 20,3% trabalham nos Serviços/Comércio, 19,3% são pessoas que desempenham trabalho especializado/qualificado. Relativamente às habilitações literárias 32,5% dos respondentes referem que têm o ensino secundário, 22,3% o 1º Ciclo e 18,7% o ensino superior, veja-se o gráfico nº 52.

Gráfico nº 51 – Profissão



Fonte: Quadro nº 3 do Anexo nº 8

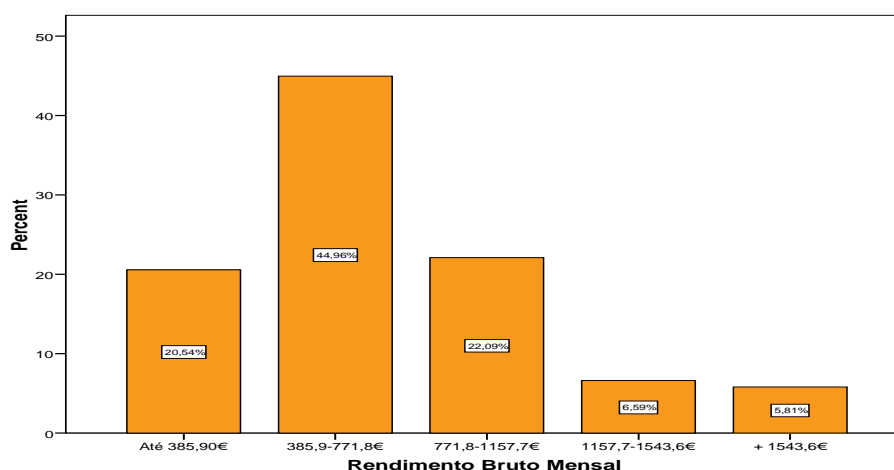
Gráfico nº 52 – Habilitações Literárias



Fonte: Quadro nº 4 do Anexo nº 8

O rendimento bruto mensal dos respondentes como se pode observar no gráfico nº 53 é baixo uma vez que 45% auferem entre os 385,90€ e 771,80€, 22,1% recebem no escalão acima entre os 771,80€ e 1543,60€ e 20,5% recebem menos de 385,90€. Uma pequena percentagem auferem mais de 1543,60€, veja-se gráfico nº 53.

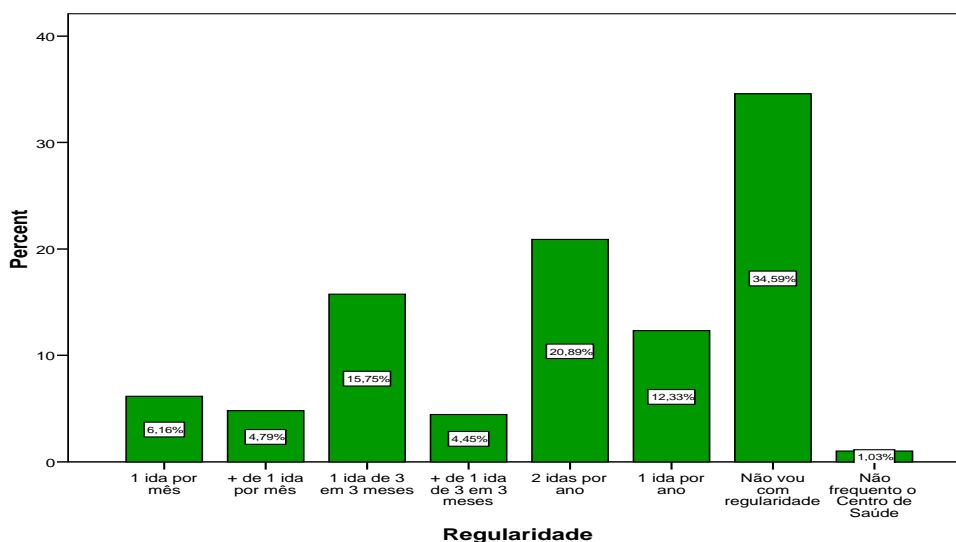
Gráfico nº 53 – Rendimento Bruto Mensal



Fonte: Quadro nº 5 do Anexo nº 8

Relativamente à regularidade com que frequentam o Centro de Saúde 31,2% dos respondentes vão pelo menos uma vez, de três em três meses, ao Centro de Saúde, 34,6% dos respondentes não vão com regularidade, 20,9% vão 2 vezes por ano, veja-se gráfico nº 54.

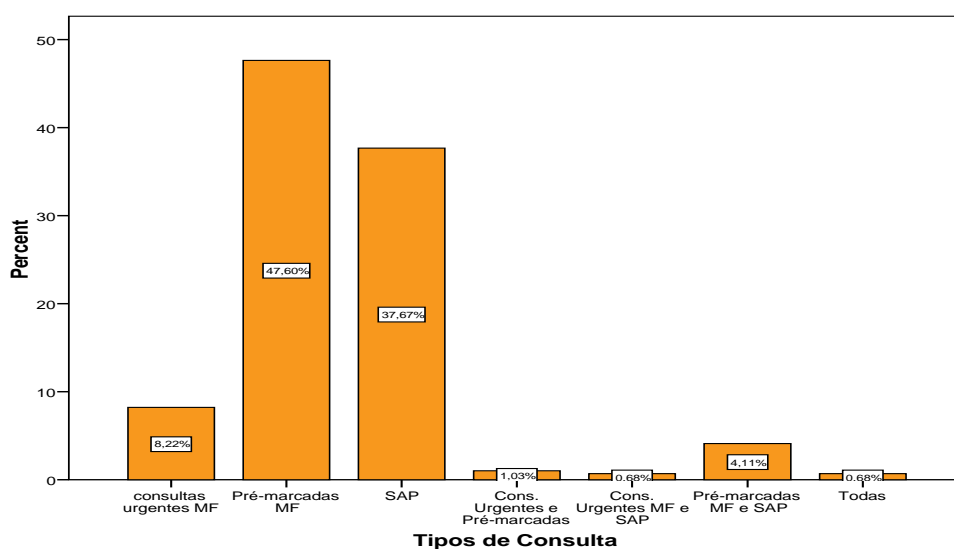
Gráfico nº 54 – Frequência do Centro de Saúde



Fonte: Quadro nº 6 do Anexo nº 8

Em relação ao tipo de consulta procurada pelos utentes 47,6% dos respondentes frequentam as consultas pré-marcadas com o Médico de Família, 37,7% dos respondentes vão ao SAP e 8,2% vão às consultas urgentes com o Médico de Família, veja-se gráfico nº 55.

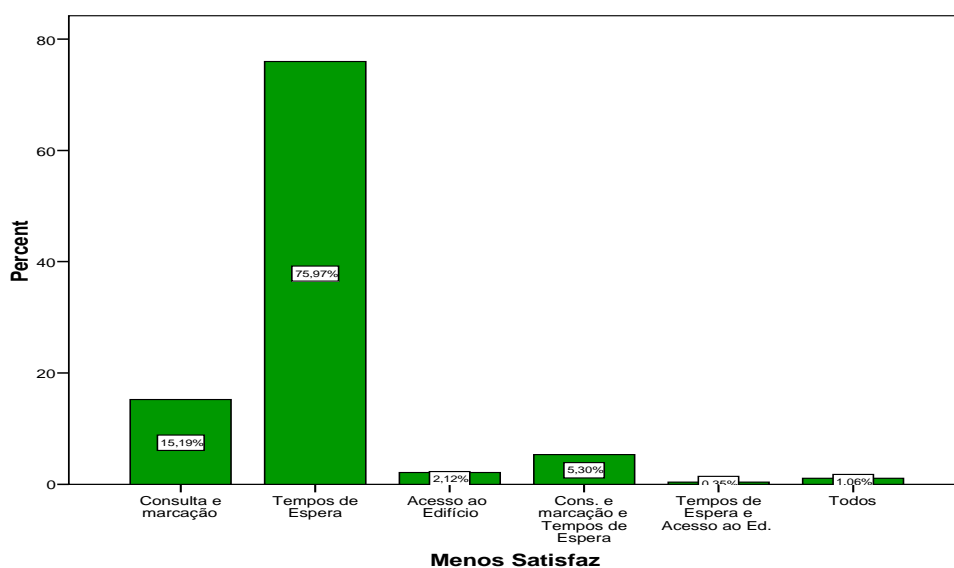
Gráfico nº 55 – Tipos de Consulta



Fonte: Quadro nº 7 do Anexo nº 8

Quando os utentes se dirigem ao Centro de Saúde o que menos os satisfaz são os tempos de espera, tal como referem 76% dos respondentes, veja-se gráfico nº 56.

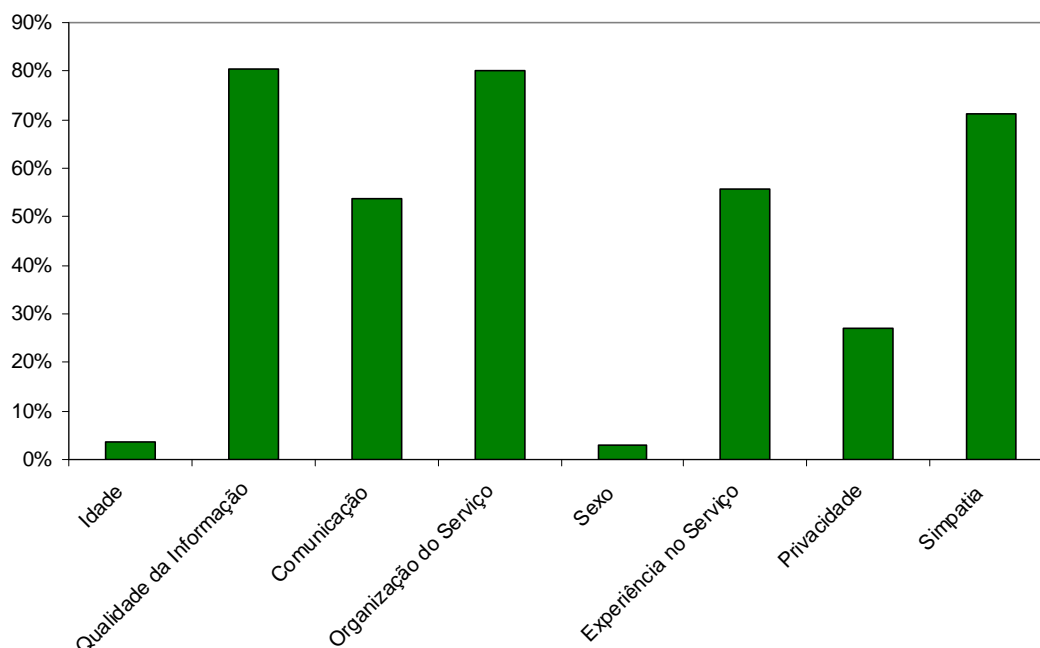
Gráfico nº 56 – No Centro de Saúde o que Menos Satisfaz



Fonte: Quadro nº 8 do Anexo nº 8

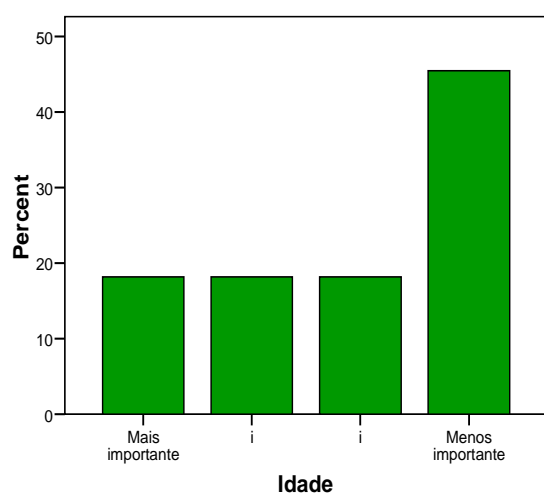
Os respondentes consideraram relevantes para a satisfação no atendimento os seguintes factores (vide gráfico nº 57 a 65): qualidade da informação, organização do serviço, simpatia, experiência no serviço e a comunicação. Quanto aos dois primeiros factores os respondentes atribuem a classificação de muito importantes, o mesmo não se verifica quanto à idade e ao sexo que foram considerados como pouco importantes.

Gráfico nº 57 – Factores relevantes no atendimento



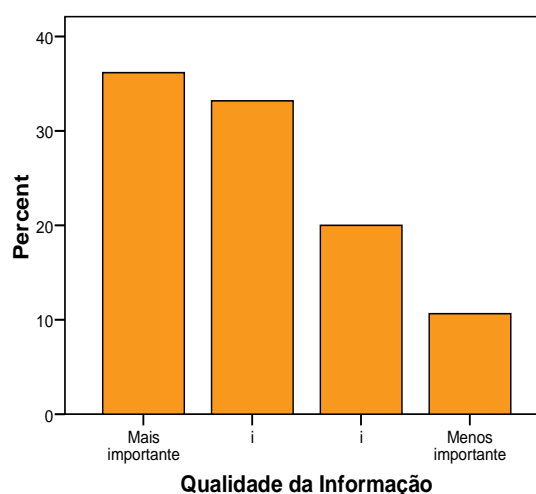
Fonte: Quadro nº 9 do anexo nº 8.

Gráfico nº 58 – Idade



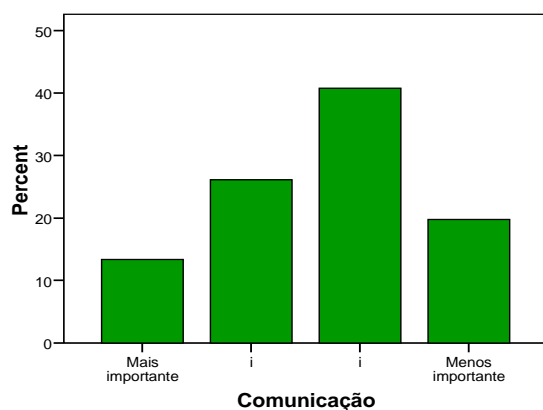
Fonte: Quadro nº 10 do anexo nº 8

Gráfico nº 59 – Qualidade da Informação



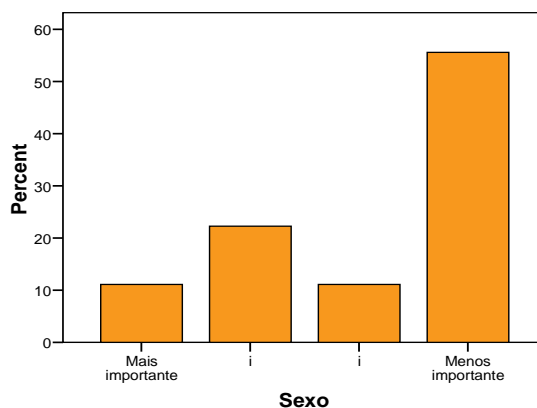
Fonte: Quadro nº 11 do anexo nº 8

Gráfico nº 60 – Comunicação



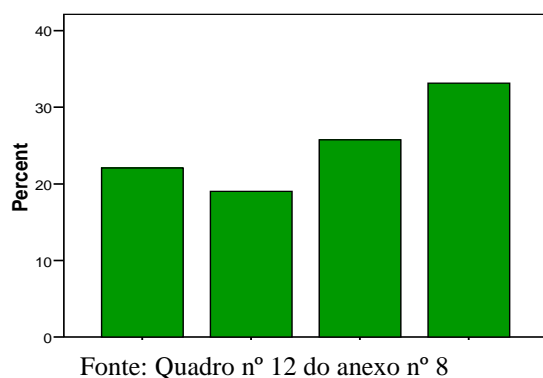
Fonte: Quadro nº 12 do anexo nº 8

Gráfico nº 61 – Sexo



Fonte: Quadro nº 14 do anexo nº 8

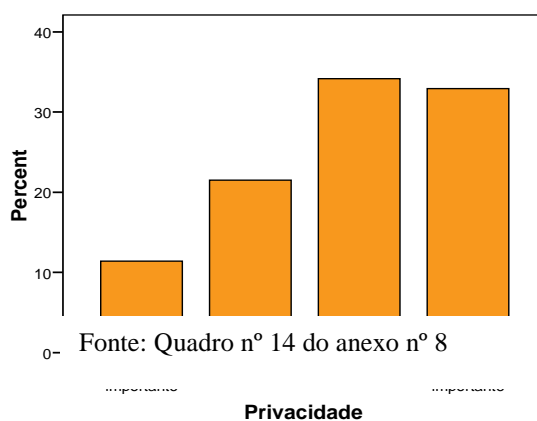
Gráfico nº 62 – Experiência no Serviço



Fonte: Quadro nº 12 do anexo nº 8

Fonte: Quadro nº 15 do anexo nº 8

Gráfico nº 63 – Privacidade



Fonte: Quadro nº 14 do anexo nº 8

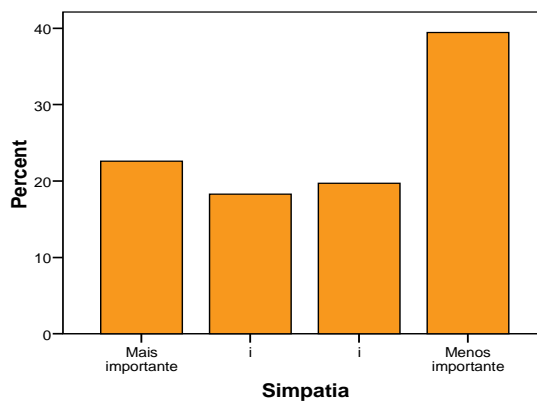
Fonte: Quadro nº 16 do anexo nº 8

Gráfico nº 64 – Organização do Serviço



Fonte: Quadro nº 13 do anexo nº 8

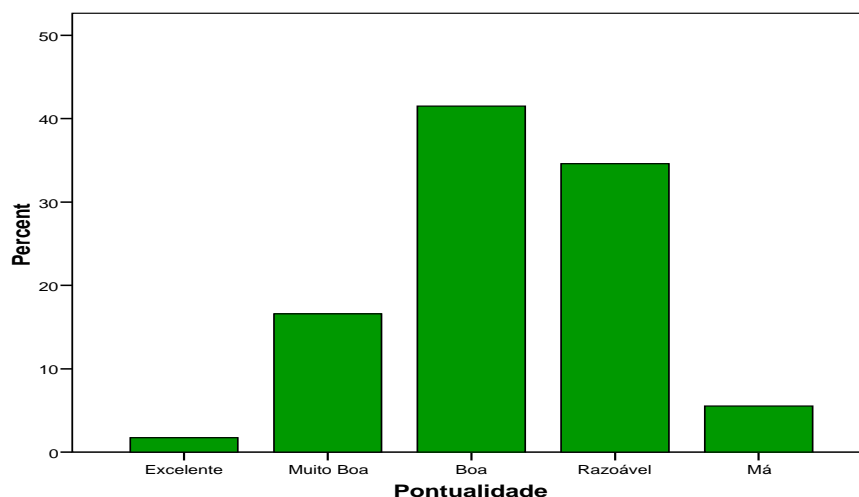
Gráfico nº 65 – Simpatia



Fonte: Quadro nº 17 do anexo nº 8

No que se refere à pontualidade do Pessoal Administrativo a maioria dos respondentes tem uma opinião favorável sobre esta (59,9%). Apenas 5,5% dos respondentes consideraram que esta não se verifica, veja-se gráfico nº 66.

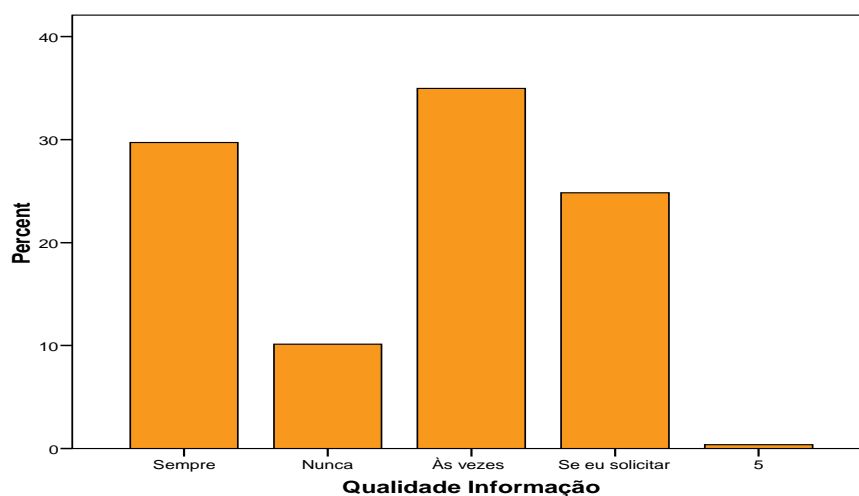
Gráfico nº 66 – Pontualidade



Fonte: Quadro nº 18 do Anexo nº 8.

Relativamente à qualidade da informação prestada pelo Pessoal Administrativo no que se refere à marcação de Meios Complementares de Diagnóstico, 29,7% responde que são sempre indicados a data, hora, telefone e local do exame, 35% responde às vezes e 24,8% responde que só obtém a informação se a solicitar (veja-se gráfico nº67).

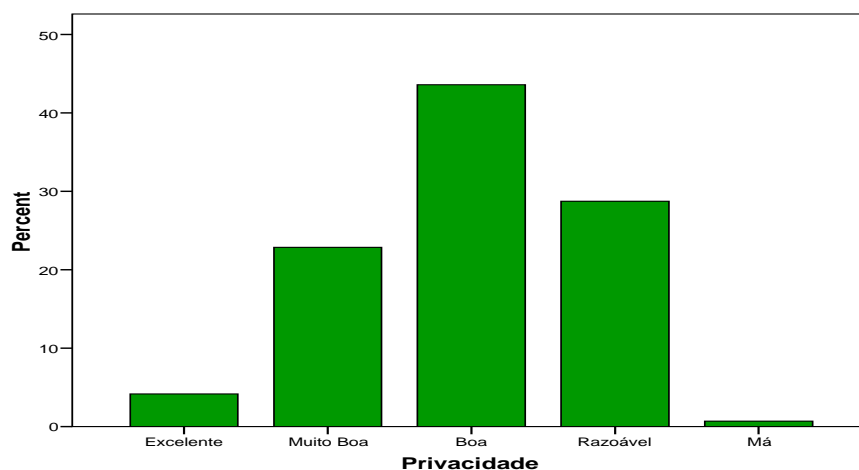
Gráfico nº 67 – Qualidade da informação



Fonte: Quadro nº 19 do Anexo nº 8.

No que se refere ao respeito e manutenção da privacidade 43,6% dos respondentes dizem que é boa, 28,7% respondem que é razoável, 22,6% dizem que é muito boa e 4,2% diz ser excelente. Uma percentagem muito reduzida, menos de 1% diz que é má (veja-se gráfico nº 68).

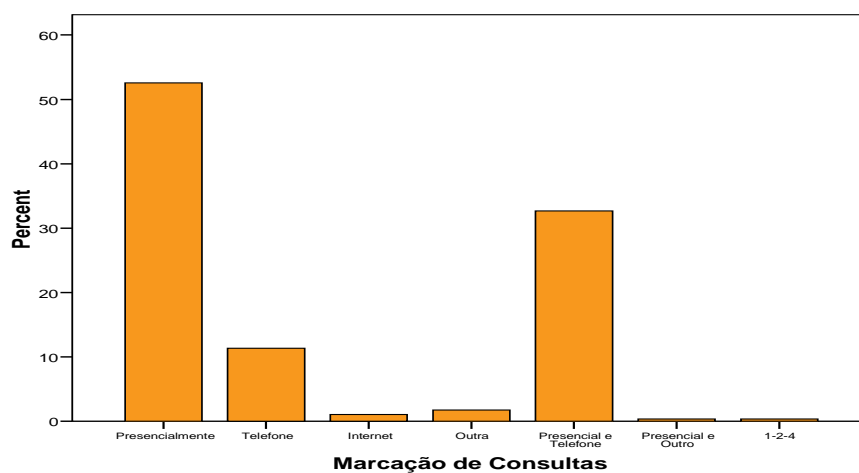
Gráfico nº 68 – Privacidade



Fonte: Quadro nº 20 do Anexo nº 8.

No que diz respeito à modalidade de marcação de consultas 52,6% dos respondentes refere que as marca presencialmente, 32,6% marca-as presencialmente e pelo telefone, 11,3% marca-as pelo telefone (veja-se gráfico nº 69).

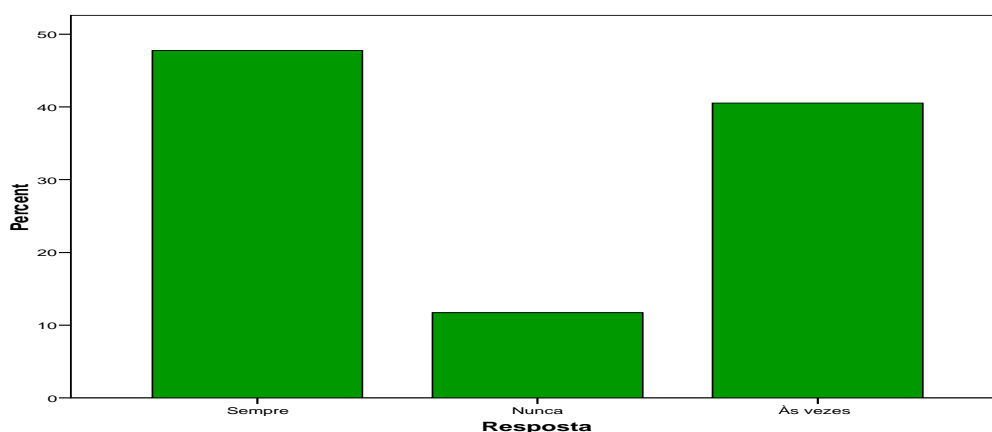
Gráfico nº 69 – Marcação de Consultas



Fonte: Quadro nº 20 do Anexo nº 8.

Quando solicitado aos respondentes para indicar se obtêm alguma resposta quando se dirigem ao Centro de Saúde para marcar uma consulta e/ou exame, ou pedir receituário, ou solicitar informações, 47,8% responderam que obtêm sempre, 40,5% responderam às vezes e 11,7% responderam nunca, veja-se gráfico nº 70.

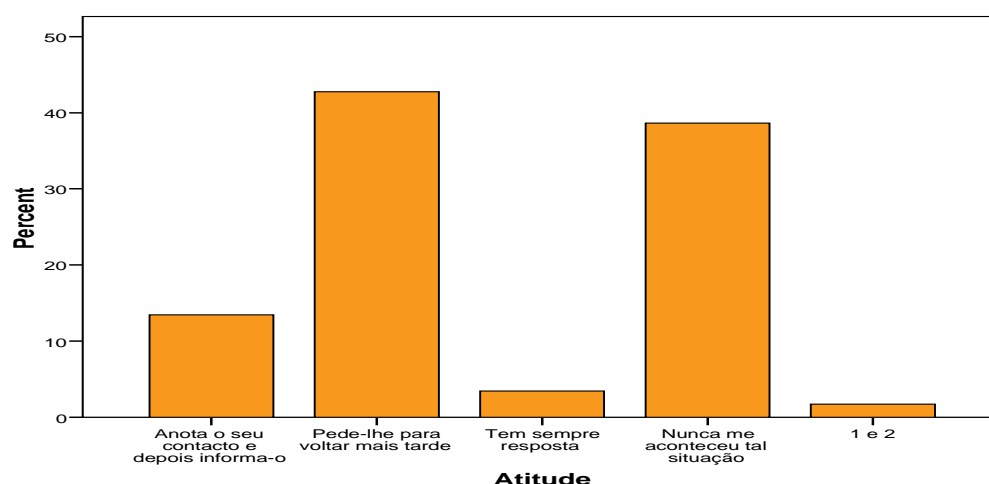
Gráfico nº 70 – Obtenção de resposta na deslocação ao Centro de Saúde



Fonte: Quadro nº 21 do Anexo nº 8.

Caso o Administrativo não soubesse a resposta à questão colocada pelo utente, perguntou-se qual era a atitude que este tomava. Assim 42,8% dos respondentes indicaram que o administrativo pede para que volte mais tarde, 38,6% respondem que nunca lhe aconteceu tal situação, 13,4% respondem que anota o seu contacto e depois informa-o, veja-se gráfico nº 71.

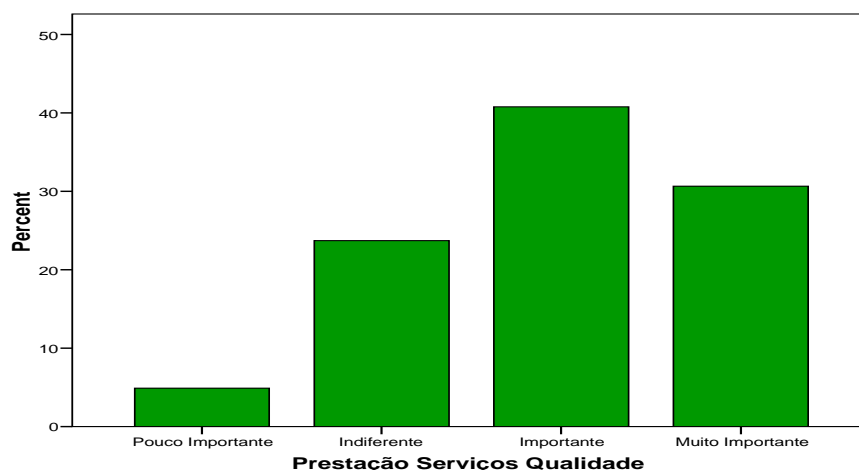
Gráfico nº 71 – Atitude do Pessoal Administrativo quando não sabe a resposta



Fonte: Quadro nº 22 do Anexo nº 8

Relativamente ao grau de importância que o Pessoal Administrativo tem na prestação de serviços de saúde de qualidade 40,8% dos respondentes referem que é importante e 30,7% referem que é muito importante, conforme se evidencia no gráfico nº 72.

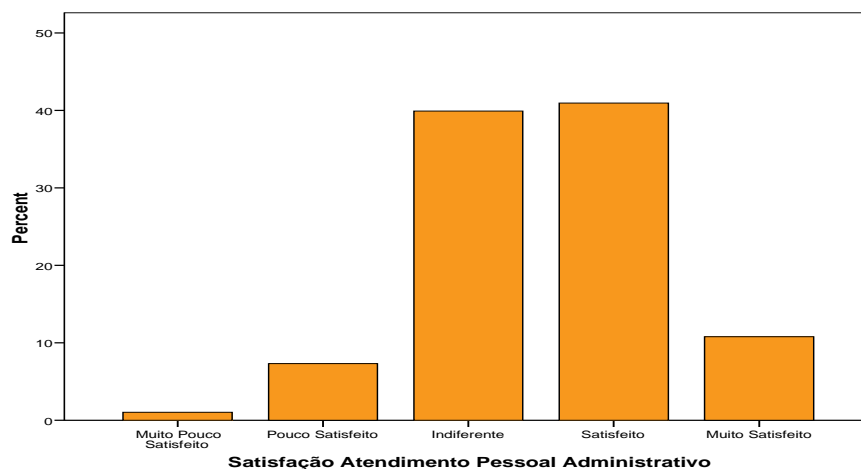
Gráfico nº 72 – Importância do Pessoal Administrativo na prestação de serviços de qualidade



Fonte: Quadro nº 22 do Anexo nº 8

No que se refere à satisfação do atendimento pelo Pessoal Administrativo 41% responde que está satisfeito, 39,9% responde que não estão satisfeitos nem insatisfeitos e 10,6% refere que está muito satisfeito, veja-se gráfico nº 73.

Gráfico nº 73 – Satisfação com o atendimento do Pessoal Administrativo



Fonte: Quadro nº 23 do Anexo nº 8

Para tratar a questão referente às características do pessoal administrativo no momento do atendimento utilizou-se a técnica estatística da análise de *clusters* (*output* no anexo nº10) pelo método não hierárquico, uma vez que se estava perante uma amostra superior a duzentas observações. Também se realizou uma análise discriminante de forma a estudar quais as características mais significativas para cada um dos grupos. Da amostra inicial foram retirados os respondentes 117 e 180 por serem *outliers* e como tal causarem perturbações na análise dos dados. Com base na análise efectuada foram encontrados três *clusters*:

- *cluster* 1 – formado por 34 (trinta e quatro) elementos. Neste segmento os respondentes atribuem pouca importância às características apresentadas, contudo atribuem algum valor à limpeza dos espaços, à educação, ao profissionalismo e à comunicação eficaz, ou seja este grupo evidencia preocupação com o momento do atendimento e com o aspecto do local onde este é prestado;
- *cluster* 2 – formado por 85 (oitenta e cinco) elementos. Neste segmento os respondentes atribuem importância às características relacionadas com o profissionalismo, a eficiência, a organização dos serviços e a educação, ou seja este *cluster* para além de se preocupar com a relação pessoal administrativo/utente no momento do atendimento também valoriza os serviços que dão apoio ao pessoal administrativo;
- *cluster* 3 – formado por 150 (cento e cinquenta) elementos. Neste segmento os respondentes atribuem importância a todas as características, contudo destacam-se as referentes ao profissionalismo, à eficiência, à educação e à comunicação eficaz, ou seja este grupo preocupa-se, fortemente, com a relação pessoal administrativo/utente no momento do contacto.

Procedeu-se ao cruzamento de algumas variáveis do estudo com os *clusters* encontrados (veja-se anexo nº 10) e obteve-se a informação que consta do quadro seguinte.

Quadro nº 16 - Características dos *clusters*

	<i>Cluster 1</i>	<i>Cluster 2</i>	<i>Cluster 3</i>
Sexo	51,5% H; 48,5% F	39,3% H; 60,7% F	32,9% H; 67,1% F
Idade	45-59 anos – 52,9%	45-59 anos 30,6% 30-44 anos 29,4%	15-29 anos – 28,9% 30-44 anos – 28,2% 45-59 anos – 28,2%
Habilitações Literárias	Secundário – 38,2% 1º ciclo – 29,4%	Secundário – 32,1% Superior – 22,6%	Secundário – 33,5% 1º ciclo – 20,4% Superior – 19,6%
Profissão	Reformado/Desempregado – 29,4% Trab. especializado – 20,6%	Trab. Especializado – 21,2% Reformado/Desempregado – 18,8% Empregado Serviços – 18,8%	Empregado serviços – 22,3% Reformado/Desempregado – 20,3%
Rendimento Bruto	385,9-771,8€ - 46,9%	385,9-771,8€ - 40,3%	385,9-771,8€ - 42,5%
Regularidade visitas ao CS	2 idas ano – 26,5% Não vai com regularidade – 23,5% Ida de 3 em 3 meses – 11,8%	Não vai com regularidade – 34,1% Ida de 3 em 3 meses – 22,4% 2 idas ano – 15,3%	Não vai com regularidade – 38% 2 idas ano – 22,7%
Qualidade da Informação prestada	Se eu solicitar – 36,4%	Sempre – 36,6%	Às vezes – 34,9%
Importância do Pessoal Administrativo na prestação do serviço	Indiferente – 44,1%	Importante – 51,2%	Importante – 42,4%
Satisfação em Relação ao Atendimento	Indiferente – 44,1%	Satisfeito – 44%	Satisfeito – 41,2%

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito à análise do grau de visibilidade dos valores organizacionais aplicou-se igualmente uma análise de *cluster*, pelo método não hierárquico (veja-se anexo nº12) tendo sido encontrados dois segmentos:

- *cluster 1* – composto por 126 elementos e onde estes atribuem maior visibilidade aos valores organizacionais: profissionalismo, desenvolvimento profissional, confiança e qualidade no serviço;
- *cluster 2* – formado por 143 elementos que atribuem maior visibilidade aos valores organizacionais: profissionalismo, qualidade de serviço, humanismo, equidade de tratamento e desenvolvimento profissional.

Ambos os segmentos encontrados referem que na organização se dá visibilidade aos valores organizacionais: profissionalismo, desenvolvimento profissional, qualidade do serviço. A diferenciação ocorre quando o primeiro segmento reconhece a confiança como valor e o segundo reconhece o humanismo e a equidade de tratamento. Nesta perspectiva o grupo dois valoriza mais os aspectos humanos da relação entre os profissionais do Centro de Saúde e os utentes.

De forma a fazer realçar algumas das características de cada segmento realizaram-se alguns cruzamentos de variáveis (veja-se anexo nº 12) e dos quais se destaca o que se apresenta no quadro seguinte.

Quadro nº 17 - Características dos *clusters*

	<i>Cluster 1</i>	<i>Cluster 2</i>
Sexo	35,5% H; 64,5% F	38,7% H; 61,3% F
Idade	30-44 anos – 32,8% 45-59 anos – 30,4%	45-59 anos – 37,1% 15-29,9 anos – 25%
Habilitações Literárias	Secundário – 31,7% 1º ciclo – 23,6%	Secundário – 31,4% 3º ciclo – 19,7%
Profissão	Empresa Serviços – 18,5% Trabalhador Especializado – 17,7% Reformado/Desempregado – 17,7%	Reformado/Desempregado – 23,1% Empresas Serviços – 20,3% Trab. Especializado – 21,7%
Rendimento Bruto	385,9-771,8€ - 43% 771,8-1157,7€ - 26,3%	385,9-771,8€ - 42,7% >385,9€ - 24,2%
Regularidade visitas ao CS	Não vai com regularidade – 33,3% 2 idas por ano – 22,2% 1 Ida de 3 em 3 meses – 15,9%	Não vai com regularidade – 35,7% 2 idas por ano – 22,4% 1 Ida de 3 em 3 meses – 14,7%

Fonte: Elaboração própria

Em síntese pode-se referir que o segmento 1 é formado principalmente por mulheres, com idades entre os 30 e os 59, com profissões diversificadas e rendimentos baixos. No segmento 2 também predominam os indivíduos do sexo feminino, ligeiramente mais jovens do que no segmento 1, possuidores de habilitações literárias maiores, com rendimentos baixos. Em ambos os segmentos existe uma percentagem significativa de indivíduos que não frequentam o Centro de Saúde com regularidade.

Analizou-se também a percepção dos respondentes acerca do grau de satisfação dos utentes do Centro de Saúde. Para tratar estes dados utilizou-se a análise de *clusters* não hierárquica. Quando se aplicou a primeira vez a análise detectou-se que existiam dois respondentes, o 194 e o 225, que produziam perturbações nos resultados, logo tomou-se a decisão de os retirar desta análise, por serem considerados *outliers*. Desta forma foram encontrados três *clusters* (veja-se anexo nº 14):

- cluster 1 – formado por 117 indivíduos que consideram que os utentes se sentem satisfeitos com o atendimento dos administrativos;
- cluster 2 – formado por 63 indivíduos que consideram que os utentes se sentem satisfeitos com a prestação dos cuidados de saúde de enfermagem, a prestação dos cuidados de saúde médicos e o atendimento dos administrativos;
- cluster 3 – formado por 97 indivíduos que consideram que os utentes se sentem satisfeitos com o atendimento dos administrativos, a prestação de cuidados de saúde de enfermagem, a prestação de cuidados de saúde médicos, a marcação de exames e meios complementares de diagnóstico e a marcação de consultas de especialidade.

De forma a caracterizar estes segmentos procedeu-se ao cruzamento dos segmentos encontrados com outras variáveis (veja-se anexo nº 14) como se pode observar no quadro que se segue.

Sintetizando, pode referir-se que o segmento 1 é formado maioritariamente por mulheres, com idade entre os 30 e os 59, que trabalham em empresas de serviços ou são trabalhadores especializados. Possuem rendimentos baixos e uma percentagem significativa desloca-se ao CS duas vezes por ano, recorrendo tanto a consultas pré-marcadas como aos serviços de apoio permanente (SAP). O segmento 2 é formado

principalmente por mulheres com idades entre os 15-29 e os 45-59, onde uma parte é reformada/desempregada. Possuem rendimentos baixos e uma parte significativa dirige-se duas vezes por ano ao CS para usufruírem de consultas pré-marcadas ou serviços SAP. O segmento 3 possui características muito idênticas ao segmento 2.

Quadro nº 18 - Características dos *clusters*

	<i>Cluster 1</i>	<i>Cluster 2</i>	<i>Cluster3</i>
Sexo	34,8% H; 65,2% F	38,7% H; 61,3% F	40,2% H; 59,8% F
Idade	30-44 anos – 32,5% 45-59 anos – 31,6%	45-59 anos – 37,1% 15-29 anos – 28,6%	45-59 anos – 37,1% 15-29 anos – 28,1%
Habilitações Literárias	Secundário – 30,4% Superior – 24,3%	Secundário – 34,9% 1º ciclo – 22,2%	Secundário – 31,9% 1º Ciclo – 24,2%
Profissão	Empresa Serviços – 24,8% Trabalhador Especializado – 20,5%	Reformado/Desempregado – 19,7% Empresas Serviços – 18,0% Quadro Médio – 16,4%	Reformado/Desempregado – 25,8% Trabalhador Especializado – 24,7%
Rendimento Bruto	385,9-771,8€ - 38,8% 771,8-1157,7€ - 28,2%	385,9-771,8€ - 56,4%	385,9-771,8€ - 43,7% >385,9€ - 26,4%
Regularidade visitas ao CS	Não vai com regularidade – 36,8% 2 idas por ano – 21,4%	Não vai com regularidade – 30,2% 2 idas por ano – 25,4%	Não vai com regularidade – 34,6% 2 idas por ano – 19,6%
Consulta Pré-Marcada	Pré-marcada – 47,9% SAP – 41%	Pré-marcada – 44,4% SAP – 36,5%	Pré-marcada – 48,5% SAP – 33%

Fonte: Elaboração própria

Na parte final do questionário auscultou-se a opinião dos utentes acerca das surpresas agradáveis e desagradáveis que já tinham tido nas suas deslocações ao Centro de Saúde. Esta era uma questão de resposta aberta o que levou à diversidade de respostas obtidas (veja-se anexo nº 16), contudo obteve-se informação importante sobre as situações ocorridas. Os respondentes apontaram como:

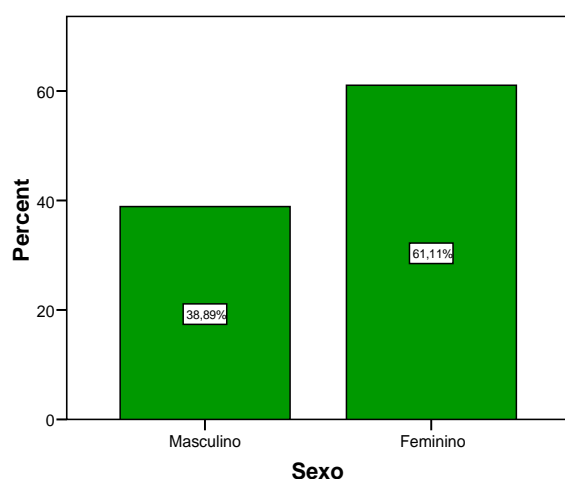
- situações agradáveis: consulta à hora marcada, ter consulta sem marcação, ter sido atendido sem esperar no SAP, conseguir consulta com rapidez e a disponibilidade dos funcionários administrativos;
- situações desagradáveis: não cumprimento do horário das consultas, não ter consulta e não ser avisado, estar à espera e descobrir que não tinha consulta, não haver consulta disponível quando é preciso, consulta desmarcada, ficar sem médico de família e mau atendimento de um funcionário administrativo.

Perante toda esta informação pode-se concluir que no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo existem problemas ao nível das consultas a diversos níveis.

4.2.3 Centro de Saúde de Sousel

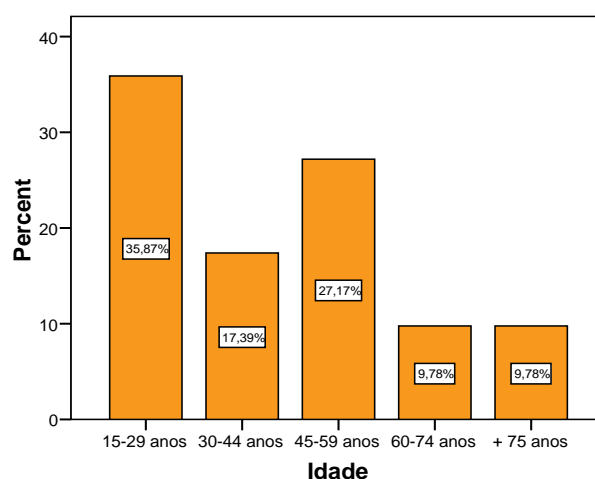
A amostra relativa ao Centro de Saúde de Sousel, constituída por 92 elementos é formada por 61,1% de mulheres e 38,9% de homens, veja-se gráfico nº 74. Os respondentes são maioritariamente jovens, uma vez que 53,3% dos respondentes têm idade entre os 15 e 44 anos e 17,4% têm entre os 30 e 44 anos, veja-se gráfico nº 75.

Gráfico nº 74 – Sexo



Fonte: Quadro nº 1 do Anexo nº 9

Gráfico nº 75 – Idade



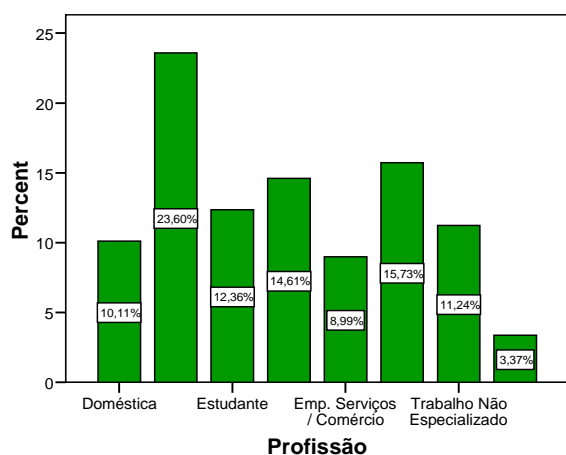
Fonte: Quadro nº 2 do Anexo nº 9

Relativamente às habilitações literárias 30,2% dos respondentes têm o 1º ciclo, 23,3% têm o ensino secundário, 20,9% tem o 3º ciclo e 18,6% tem o ensino superior, veja-se gráfico nº 76.

No que diz respeito à profissão 23,6% dos respondentes são reformados/ desempregados, 15,7% são trabalhadores especializados/qualificados, 14,6% pertencem ao quadro médio/superior, 12,4% são estudantes e 10,1% são domésticas (veja-se gráfico nº 77).

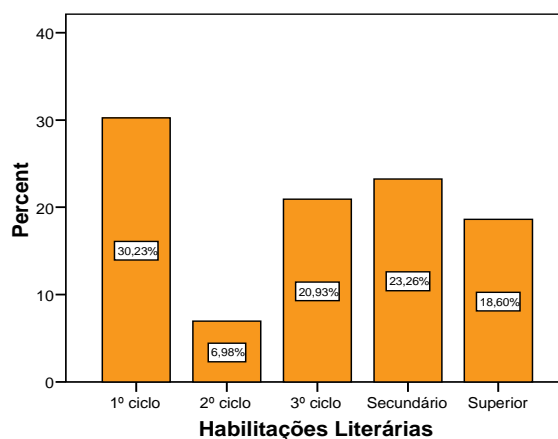
Está-se perante uma amostra, em que, o rendimento bruto mensal dos respondentes é baixo, uma vez que, 76,4% dos respondentes recebe menos de 771,80€, 14,5% recebe entre 771,80€ e 1157,7€ e uma pequena percentagem 9,2% reebem mais do que 1157,70€, veja-se gráfico nº 78.

Gráfico nº 76 – Profissão



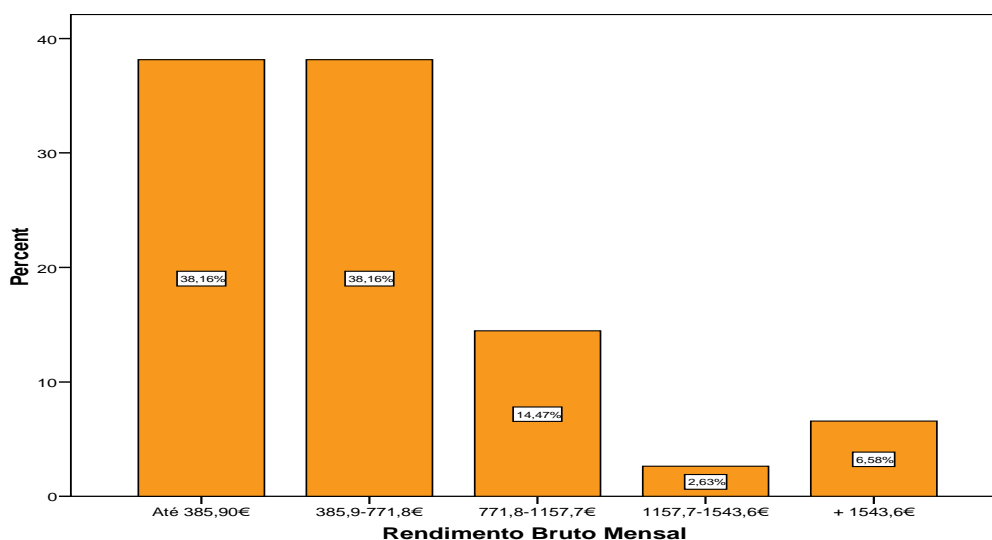
Fonte: Quadro nº 4 do Anexo nº 9

Gráfico nº 77 – Habilitações Literárias



Fonte: Quadro nº 4 do Anexo nº 9

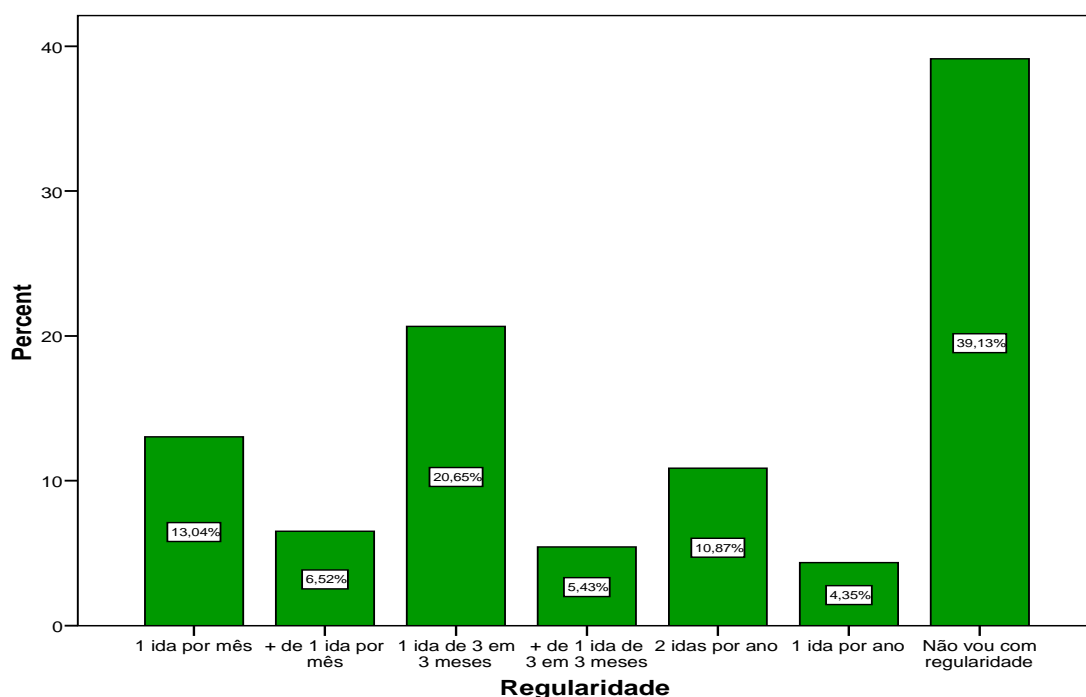
Gráfico nº 78 – Rendimento Bruto Mensal



Fonte: Quadro nº 5 do Anexo nº 9

Relativamente à regularidade com que frequentam o Centro de Saúde 39,1% dos respondentes dizem que não vão com regularidade, 20,7% vão uma vez de 3 em 3 meses, 13% vão uma vez por mês e 10,9% vão 2 vezes por ano. Com uma pequena percentagem 5,4%, temos os respondentes que vão mais do que uma vez de 3 em 3 meses e com 4,3% aqueles que vão uma vez por ano, veja-se gráfico nº 79.

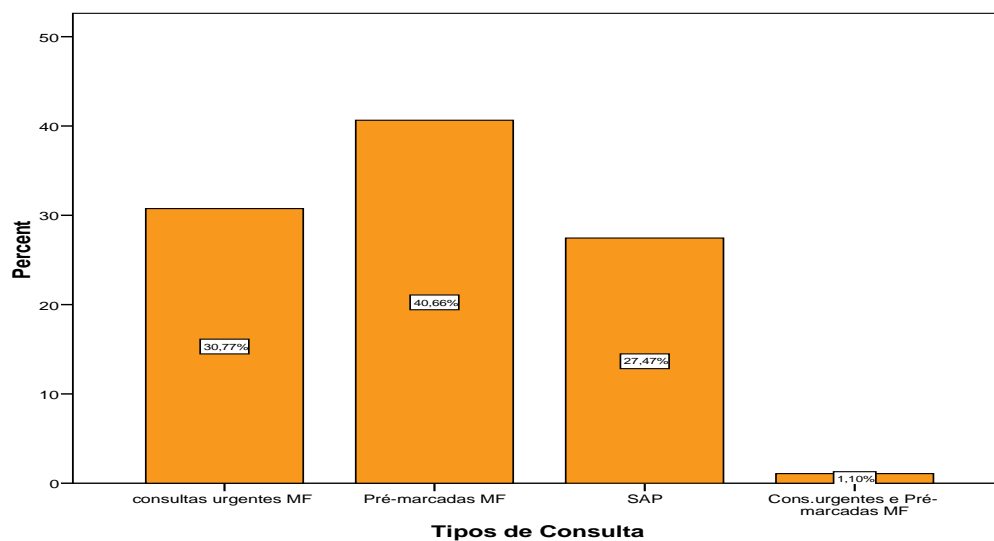
Gráfico nº 79 – Frequência do Centro de Saúde



Fonte: Quadro nº 6 do Anexo nº 9

As consultas frequentadas com maior regularidade pelos respondentes são as pré-marcadas com o Médico de Família (40,7%) e as consultas urgentes com o Médico de Família (30,8%). São ainda significativas as idas ao SAP onde vão 27,5% dos respondentes, veja-se gráfico nº 80.

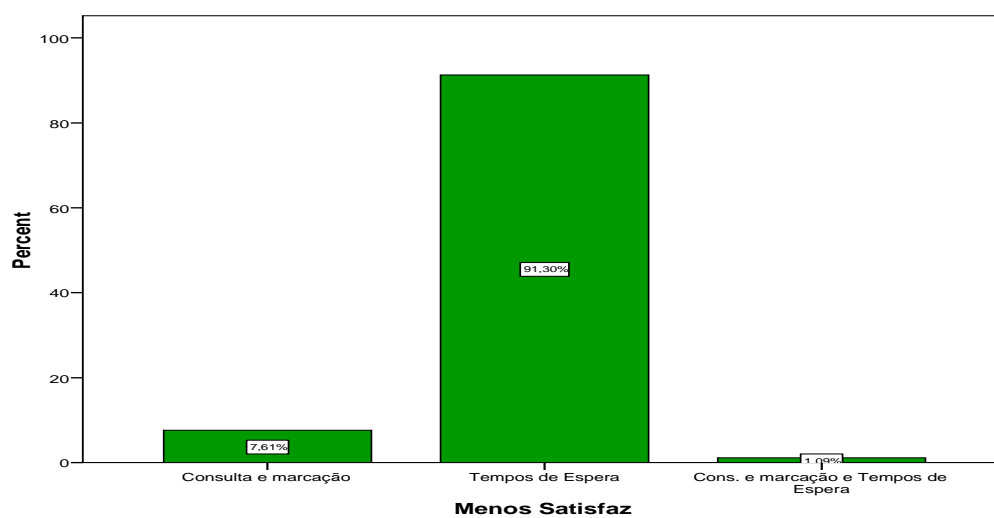
Gráfico nº 80 – Tipos de Consulta



Fonte: Quadro nº 7 do Anexo nº 8

O que menos satisfaz os respondentes são os tempos de espera, uma vez que este aspecto é referido por 91,3% dos respondentes (veja-se gráfico nº 81).

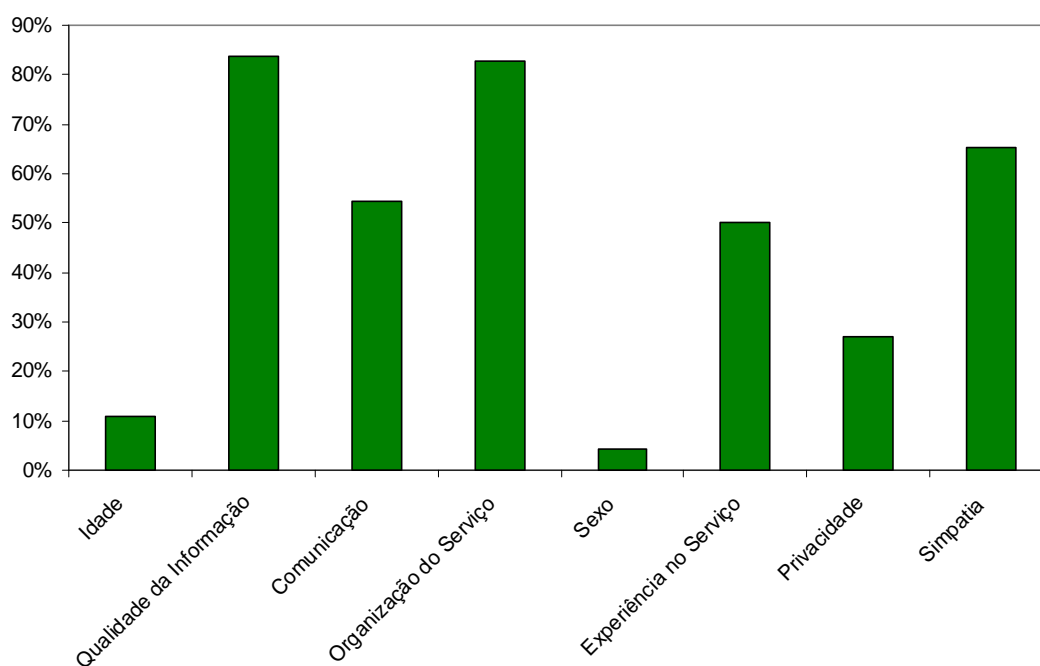
Gráfico nº 81 – No Centro de Saúde o que Menos Satisfaz



Fonte: Quadro nº 8 do Anexo nº 8

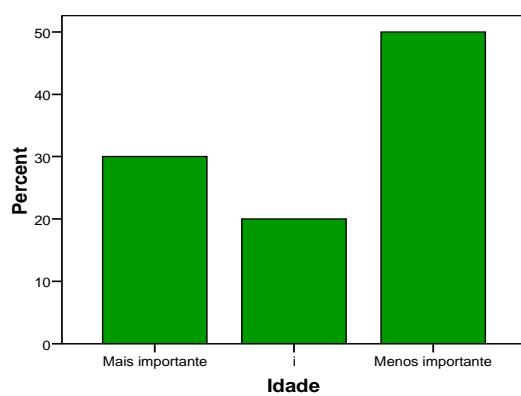
Os respondentes consideraram relevantes para a satisfação no atendimento os seguintes factores (vide gráfico nº 82 a 90): organização do serviço, qualidade da informação, comunicação e a simpatia. Sendo os dois primeiros classificados como muito importantes. Consideraram como pouco importantes a idade e o sexo.

Gráfico nº 82 – Factores relevantes no atendimento



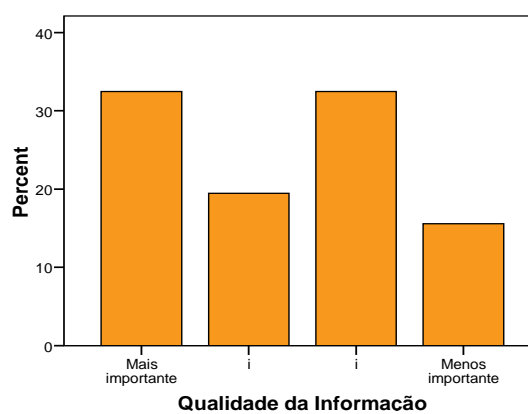
Fonte: Quadro nº 9 do anexo nº 9

Gráfico nº 83 – Idade



Fonte: Quadro nº 10 do anexo nº 9

Gráfico nº 84 – Qualidade da Informação



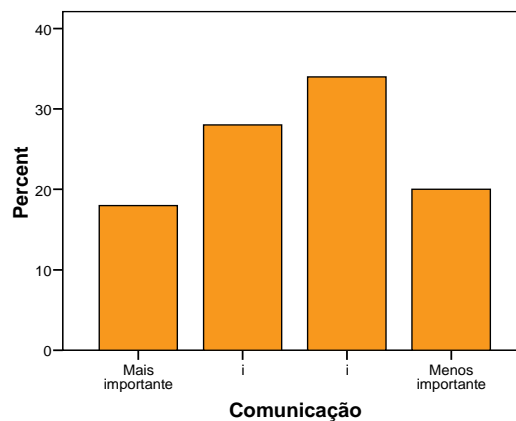
Fonte: Quadro nº 11 do anexo nº 9

Gráfico nº 85 – Organização do Serviço



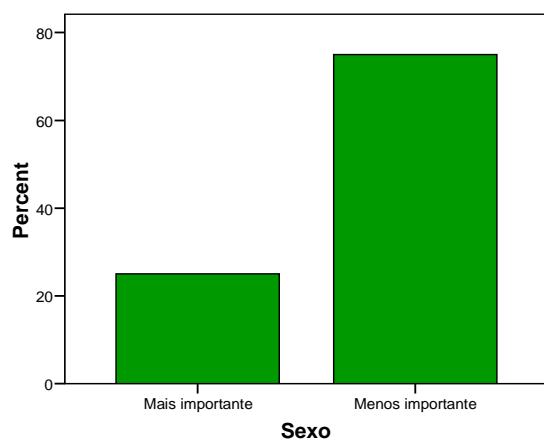
Fonte: Quadro nº 13 do anexo nº 9

Gráfico nº 86 – Comunicação



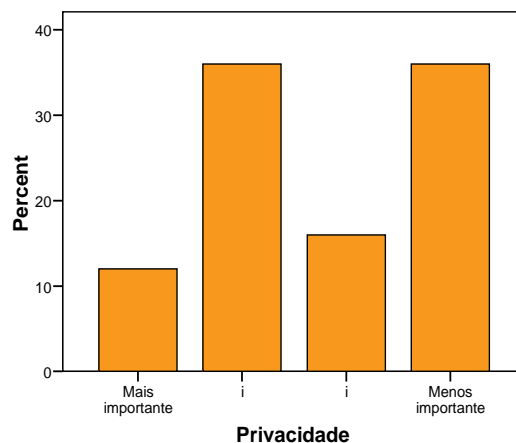
Fonte: Quadro nº 12 do anexo nº 9

Gráfico nº 87 – Sexo



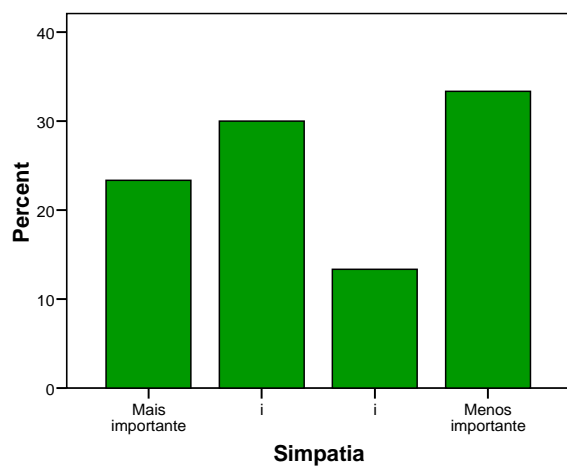
Fonte: Quadro nº 14 do anexo nº 9

Gráfico nº 88 – Privacidade



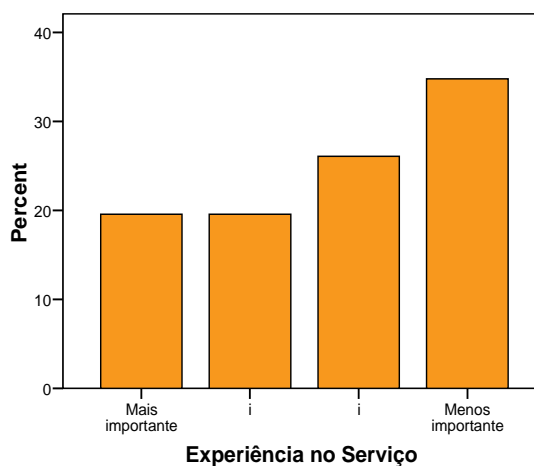
Fonte: Quadro nº 16 do anexo nº 9

Gráfico nº 89 – Simpatia



Fonte: Quadro nº 17 do anexo nº 9

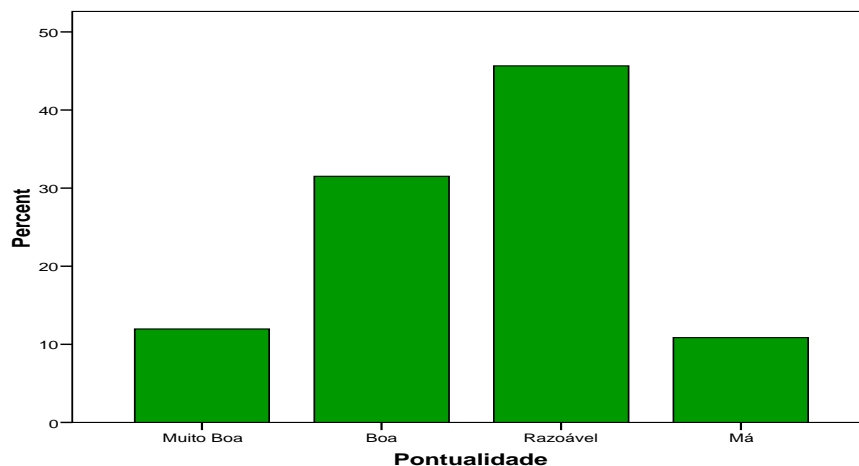
Gráfico nº 90– Experiência no Serviço



Fonte: Quadro nº 15 do anexo nº 9

Relativamente à pontualidade do Pessoal Administrativo, 45,7% dos respondentes dizem que a consideram razoável, 31,5% consideram boa, 12% considera muito boa e 10,9% considera que é má (veja-se gráfico nº 91).

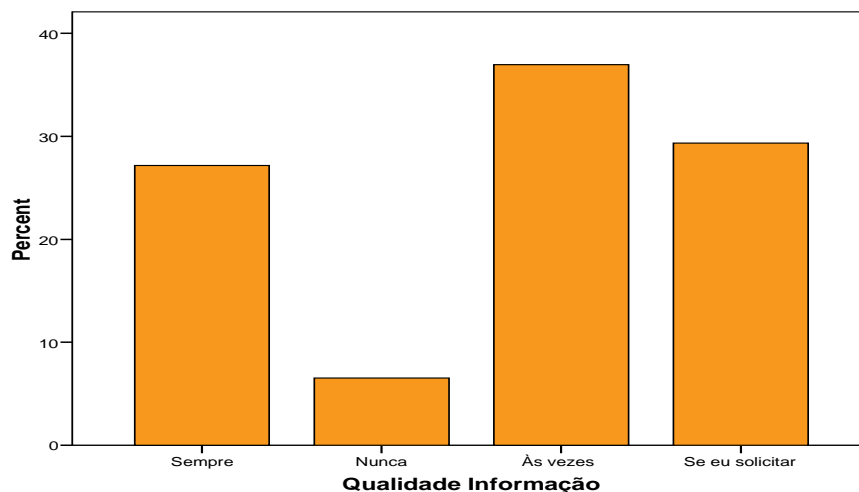
Gráfico nº 91 – Pontualidade



Fonte: Quadro nº 18 do anexo nº 9

No que se refere à qualidade da informação dada pelo pessoal administrativo, relativamente à marcação de Meios Complementares de Diagnóstico, 37% responde que às vezes são indicados data, hora, telefone e local do exame, 29,3% responde que é dado caso seja solicitado, 27,2% responde que estas informações são sempre fornecidas e 6,5% diz que nunca recebe estas informações, veja-se gráfico nº 92.

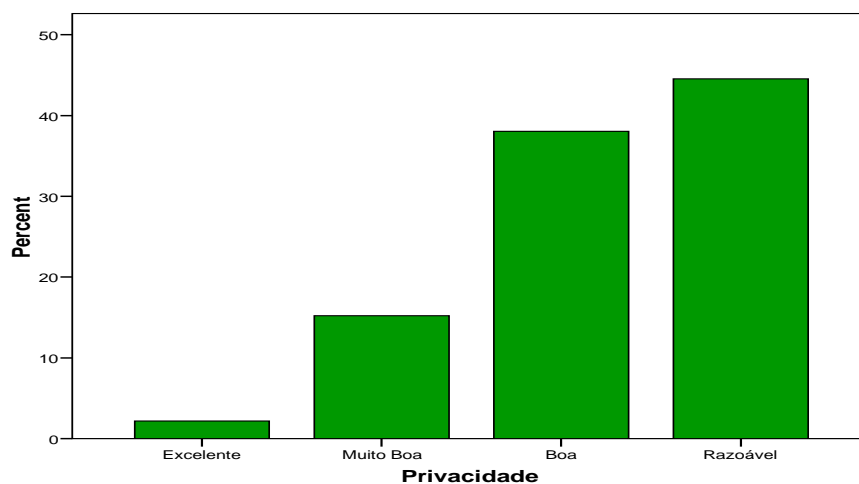
Gráfico nº 92 – Qualidade da Informação



Fonte: Quadro nº 19 do anexo nº 9

Em relação ao respeito com que o utente é tratado e à manutenção da sua privacidade 44,6% responde que é razoável, 38% responde que é boa, 15,2% responde muito boa e 2,2% responde excelente (veja-se gráfico nº 93).

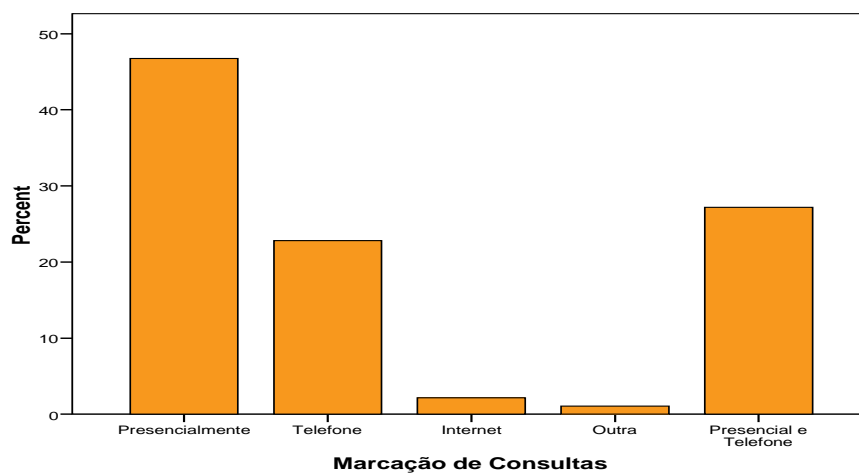
Gráfico nº 93 – Respeito e Privacidade



Fonte: Quadro nº 20 do anexo nº 9

Em relação aos meios utilizados para efectuar a marcação de consultas 46% da amostra respondeu que as marca pessoalmente, 22,8% marca via telefone 2,2% marca por Internet e 1,1% responde que marca de outra forma, veja-se gráfico nº 94.

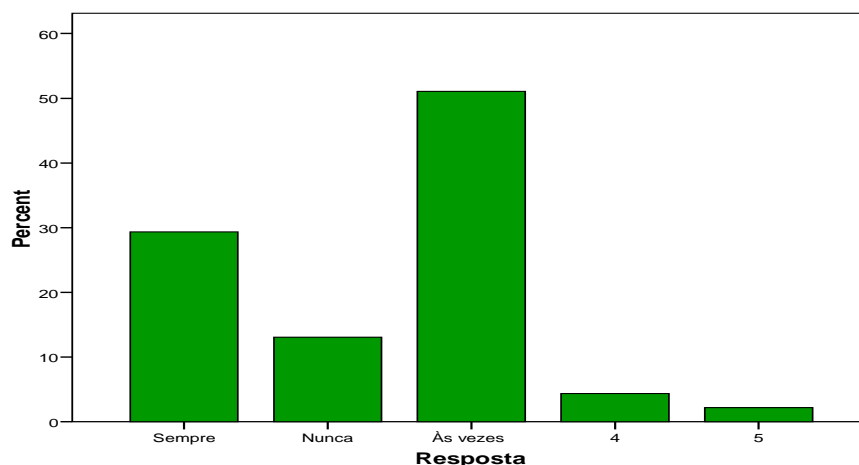
Gráfico nº 94 – Marcação de Consultas



Fonte: Quadro nº 21 do anexo nº 9

Quando solicitado aos respondentes para indicarem se obtêm alguma resposta quando se dirigem ao centro de Saúde para marcar uma consulta e/ou exame, pedir receituário, solicitar informações 29,3% responderam que obtêm sempre, 51,1% responderam que às vezes conseguem resposta, veja-se gráfico nº 95.

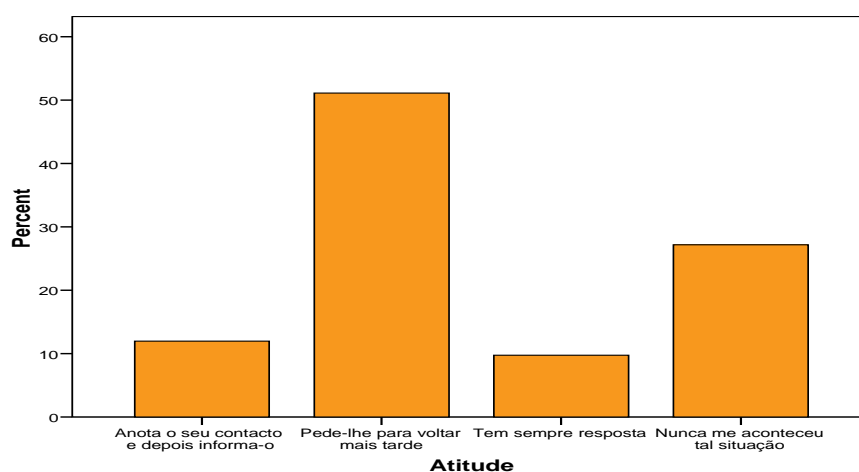
Gráfico nº 95 – Obtenção de resposta na deslocação ao Centro de Saúde



Fonte: Quadro nº 22 do anexo nº 9

Quando o Administrativo não sabe a resposta à questão que lhe foi colocada, 51,1% dos respondentes diz que o Administrativo lhe pede para voltar mais tarde, 27,2% diz que nunca lhe aconteceu tal situação, 12% referem que o administrativo anota o contacto e mais tarde informa, 9,8% dizem que o administrativo tem sempre resposta, veja-se gráfico nº 96.

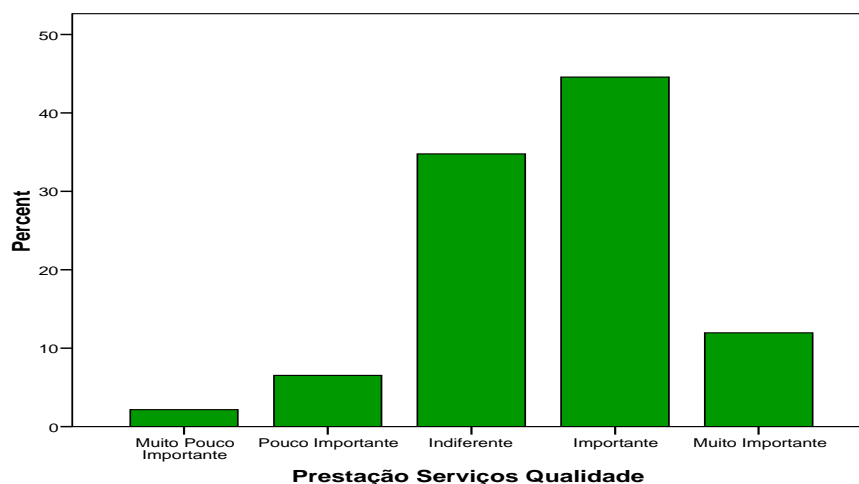
Gráfico nº 96 – Atitude do Pessoal Administrativo quando não sabe a resposta



Fonte: Quadro nº 23 do anexo nº 9

Os respondentes relativamente à importância da prestação dos serviços administrativos de qualidade, 44,6% consideram que é importante, 12% consideram que é muito importante, 34,8% é-lhes indiferente e 6,5% considera pouco importante (veja-se gráfico nº 97).

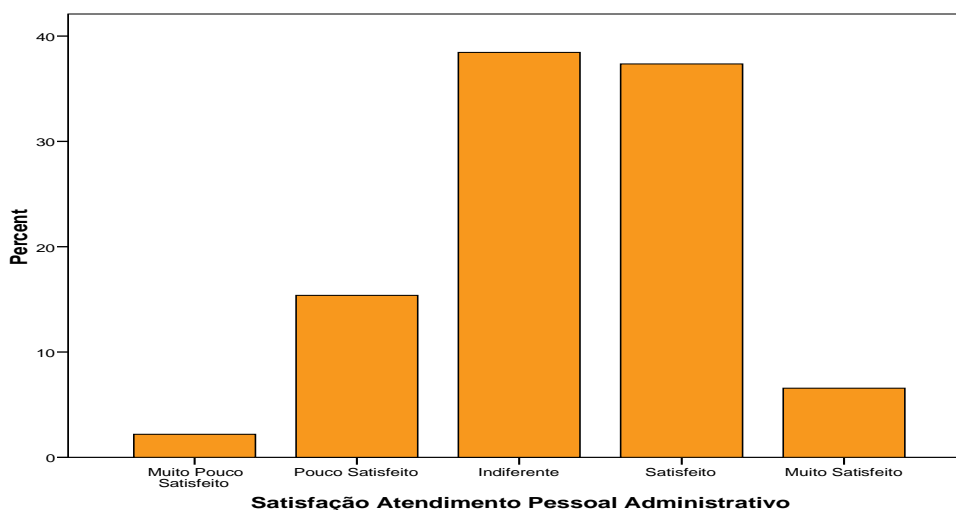
Gráfico nº 97 – Importância do Pessoal Administrativo na prestação de serviços de qualidade



Fonte: Quadro nº 24 do anexo nº 9

No que se refere ao grau de satisfação relativamente ao atendimento efectuado pelo Pessoal Administrativo 37,4% respondem que estão satisfeitos, 15,4% respondem que estão pouco satisfeitos e 6,6% referem que estão muito satisfeitos, veja-se gráfico nº 98.

Gráfico nº 98 – Satisfação com o atendimento do Pessoal Administrativo



Fonte: Quadro nº 25 do anexo nº 9

Com o objectivo de encontrar grupos de utentes, em função das características que para eles assumem importância ao nível do atendimento que é efectuado pelo Pessoal Administrativo efectuou-se uma análise de *clusters* pelo método não hierárquico de forma a ser comparável com os dados do outro Centro de Saúde e uma análise discriminante de forma a se estudar quais as características mais valorizadas por cada grupo (veja-se anexo nº 11). Nesta análise foram encontrados dois *clusters*, apesar de um deles possuir uma dimensão reduzida optou-se por o considerar, uma vez que possui características diferenciadas e por esta amostra ter uma dimensão mais reduzida. Em relação à questão colocada cada um dos grupos encontrados caracteriza-se da seguinte forma:

- *cluster* 1 – formado por 73 (setenta e três) elementos. Estes respondentes atribuem importância a características como: profissionalismo, eficiência e organização do serviço, limpeza do espaço e a comunicação eficaz, ou seja este segmento valoriza a prestação de serviço ao nível das três vertentes – pessoal administrativo, espaço e organização interna;
- *clusters* 2 – formado por 12 (doze) elementos. Estes respondentes atribuem importância a características como: mobiliário adequado, instalações agradáveis, limpeza do espaço, ou seja este segmento valoriza o arranjo do espaço envolvente.

Procedeu-se ao cruzamento de algumas variáveis do estudo com os *clusters* encontrados (veja-se anexo nº 11) e obteve-se a informação que consta do quadro seguinte.

Em relação à questão que procurava aferir o grau de visibilidade dos valores organizacionais aplicou-se igualmente uma análise de *cluster*, pelo método não hierárquico (veja-se anexo nº13) tendo sido encontrados dois segmentos:

- *cluster* 1 – composto por 44 elementos e onde estes atribuem maior visibilidade aos valores organizacionais: profissionalismo, humanismo, qualidade no serviço, cooperação e bom ambiente;
- *cluster* 2 – formado por 41 elementos que atribuem maior visibilidade aos valores organizacionais: confiança, profissionalismo, equidade de tratamento e humanismo.

Quadro nº 19 - Características dos *clusters*

	Cluster 1	Cluster 2
Sexo	37,5% H; 62,5% F	45,5% H; 54,5% F
Idade	15-29 anos – 39,7% 45-59 anos – 26%	30-44 anos - 29,4% 45-59 anos - 25% + 75 anos – 25%
Habilitações Literárias	1º ciclo – 29% Secundário – 27,5%	1º ciclo – 40% 3º ciclo – 40%
Profissão	Reformado/Desempregado – 22,9% Quadro médio – 17,1%	Trab. Especializado – 25% Reformado/Desempregado – 33,3%
Rendimento Bruto	> 385,90 – 37,9% 385,9-771,8€ - 34,5%	> 385,90 – 36,4% 385,9-771,8€ - 54,5%
Regularidade visitas ao CS	Não vai com regularidade – 39,7% Ida de 3 em 3 meses – 11,8%	Não vai com regularidade – 34,1% Ida de 3 em 3 meses – 23,3%
Qualidade da Informação prestada	Às vezes – 35,6% Se eu solicitar – 30,1%	Às vezes – 50% Sempre – 33,3%
Importância do Pessoal Administrativo na prestação do serviço	Importante – 50,7% Indiferente – 30,1%	Indiferente – 41,7% Importante – 33,3%
Satisfação em Relação ao Atendimento	Indiferente – 40,3% Importante – 38,9%	Pouco Satisfeito – 41,7% Satisfeito – 41,7%

Fonte: Elaboração própria

Ambos os segmentos encontrados referem que na organização se dá visibilidade aos valores organizacionais: profissionalismo e o humanismo. A diferenciação ocorre quando o primeiro segmento reconhece a qualidade de serviço, a cooperação e o bom ambiente como valores organizacionais e o segundo reconhece a confiança e a equidade de tratamento. Com o objectivo de fazer realçar algumas das características de cada segmento realizaram-se alguns cruzamentos de variáveis (veja-se anexo nº 13) e dos quais se destaca o que se apresenta no quadro seguinte.

Quadro nº 20 - Características dos *clusters*

	<i>Cluster 1</i>	<i>Cluster 2</i>
Sexo	43,2% H; 56,8% F	32,5% H; 67,5% F
Idade	15-29 anos – 40,9% 45-59 anos – 22,7%	15-29 anos – 31,7% 15-29,9 anos – 31,7%
Habilitações Literárias	1º ciclo – 35,7% Secundário – 23,8%	1º Ciclo – 26,3% 3º ciclo – 23,7%
Profissão	Reformado/Desempregado – 27,3% Estudantes – 18,2% Quadro Médio – 13,6%	Trab. Especializado – 20,5% Reformado/Desempregado – 17,9% Quadro médio – 15,4%
Rendimento Bruto	>385,9 – 42,4% 385,9-771,8€ - 36,4%	>385,9 – 36,1% 385,9-771,8€ - 36,1%
Regularidade visitas ao CS	Não vai com regularidade – 36,4% 1 Ida de 3 em 3 meses – 15,9% 1 ida por mês – 13,6%	Não vai com regularidade – 43,9% 1 Ida de 3 em 3 meses – 26,8%

Fonte: Elaboração própria

Em síntese, pode dizer-se que o segmento 1 é constituído por indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 15-29 e os 45-59. Em grande parte são indivíduos com baixas habilitações literárias, que têm como profissão serem reformados/desempregados ou então serem estudantes e por possuírem rendimentos baixos. Importa ainda destacar que uma percentagem elevada não frequenta regularmente o Centro de Saúde. O segmento 2 tem características semelhantes excepto ao nível da profissão, uma vez que aqui se encontra uma percentagem significativa de trabalhadores especializados em vez de estudantes.

Analizou-se também a percepção dos respondentes acerca do grau de satisfação dos utentes do Centro de Saúde. Para tratar estes dados utilizou-se a análise de *clusters* não hierárquica. Quando se aplicou a primeira vez a análise detectou-se que existiam três respondentes, o 54, o 71 e o 84, que produziam perturbações nos resultados, logo tomou-se a decisão de os retirar desta análise, por serem considerados *outliers*. Desta forma foram encontrados três *clusters* (veja-se anexo nº 15):

- cluster 1 – formado por 36 indivíduos que consideram que os utentes se sentem satisfeitos com a prestação de cuidados de saúde de enfermagem e a prestação de cuidados de saúde médicos;
- cluster 2 – formado por 32 indivíduos que consideram que os utentes se sentem satisfeitos com a prestação dos cuidados de saúde médicos, a prestação dos cuidados de saúde de enfermagem e o atendimento dos administrativos;
- cluster 3 – formado por 18 indivíduos que consideram que os utentes se sentem insatisfeitos com a marcação de consultas de especialidade e a marcação de exames e meios complementares de diagnóstico.

De forma a caracterizar estes segmentos procedeu-se ao cruzamento dos segmentos encontrados com outras variáveis (veja-se anexo nº 15) como se pode observar no quadro que se segue.

Quadro nº 21 - Características dos clusters

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster3
Sexo	34,3% H; 65,7% F	45,2% H; 54,8% F	44,4% H; 55,6% F
Idade	15-29 anos – 33,3% 30-44 anos – 25% %	15-29 anos – 40,6% 45-59 anos – 31,3%	15-29 anos – 44,4% 45-59 anos – 22,2%
Habilitações Literárias	1º Ciclo – 29,4% Secundário – 26,5%	1º ciclo – 31% Secundário – 27,6%	1º Ciclo – 22,2% 3º Ciclo – 27,8%
Profissão	Reformado/Desempregado – 20,6% Trabalhador Especializado – 17,6%	Reformado/Desempregado – 29% Quadro Médio – 16,1%	Estudante – 22,2% Trabalhador Especializado – 22,2%
Rendimento Bruto	>385,9€ - 40,6% 385,9-771,8€ - 28,1%	385,9-771,8€ - 48% >385,9€ - 40%	385,9-771,8€ - 30,8% >385,9€ - 30,8%
Regularidade visitas ao CS	Não vai com regularidade – 41,7% 1 ida de 3 em 3 meses – 27,8%	Não vai com regularidade – 40,6% 1 idas por mês – 18,8% 1 ida 3 em 3 meses – 18,8%	Não vai com regularidade – 44,4% 1 idas por mês – 11,1% 1 ida 3 em 3 meses – 11,1%
Consulta Pré-Marcada	Pré-marcada – 40% SAP – 31,4%	Pré-marcada – 34,4% SAP – 31,3%	Pré-marcada – 44,4% Consultas urgentes – 38,9%

Fonte: Elaboração própria

Em síntese, pode referir-se que o segmento 1 é formado maioritariamente por mulheres, com idade entre os 15 e os 44, que se encontram reformados/desempregados ou que são trabalhadores especializados. Possuem rendimentos baixos e uma percentagem significativa não se desloca ao CS com regularidade recorrendo tanto a consultas pré-marcadas como aos serviços de apoio permanente (SAP). O segmento 2 é formado principalmente por mulheres com idade entre os 15-29 e os 45-59, onde uma parte é reformada/desempregada. Possuem rendimentos baixos e uma parte significativa não frequenta o CS. O segmento 3 possui características muito idênticas ao segmento 2, excepto em relação à ocupação onde os reformados/desempregados têm um peso menor.

No final do questionário procurou-se identificar situações que tivessem surpreendido os utentes quer pela positiva quer pela negativa. Estas questões eram de resposta aberta o que dificultou o tratamento da diversidade de informação recolhida (vide anexo nº 17). Pela análise das respostas obtidas pode-se constatar que são apontadas como:

- situações agradáveis: ter médico de família, ser atendido sem esperar no SAP, a informatização dos serviços;
- situações desagradáveis: a elevada rotação do médico de família, chegar ao SAP e não ser atendido, não ter médico de família, ser mal atendido pelo médico de família.

Perante as respostas obtidas verifica-se que no Centro de Saúde de Sousel existem problemas de diversas índoles ao nível do médico de família.

4.2.4 – Resumo das perspectivas dos utentes dos Dois Centros de Saúde

Com o objectivo de sintetizar a informação recolhida junto dos utentes dos dois Centros de Saúde e de forma a facilitar a comparação entre as duas perspectivas elaborou-se o quadro nº 23.

Quadro nº 22- Resumo das Perspectivas do Pessoal Administrativo dos Centros de Saúde

Factores	Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	Centro de Saúde de Sousel
Caracterização demográfica e sócio-económica	37,4% masculino; 62,6% feminino 33,3% 45-59 anos; 34% 15-29 anos 21,4% Reformados/Desempregados; 20,3% Empresas serviços/comércio 32,5% Secundário; 22,3% 1º Ciclo 65,5 % menos de 771,80€	38,9% masculino; 61,1% feminino 53,3% 14- 44 anos 23,6% Reformados/Desempregados; 15,7% trabalhadores especializados 30,2% 1º Ciclo; 23,3% Secundário 76,4 % menos de 771,80€
Regularidade da deslocação ao Centro de Saúde	1 vez de 3 em 3 meses - 31,2% 1 vez por ano - 20,9% Não vai com regularidade - 34,6%	1 vez de 3 em 3 meses -20,7% 1 vez por ano - 13% Não vai com regularidade -39,1%
Tipo de Consultas Frequentadas	Consultas pré-marcadas com o médico de família - 47,6% SAP - 37,7%	Consultas pré-marcadas com o médico de família - 40,7% Consultas urgentes com o médico de família - 30,8%
Factores de Insatisfação na deslocação ao CS	Tempo de espera – 76%	Tempo de espera – 91,3%
Factores que levam à satisfação com o atendimento do Pessoal Administrativo	Qualidade da Informação Organização do Serviço Experiência no Serviço Comunicação	Organização do Serviço Qualidade da Informação Comunicação Simpatia
Características importantes no atendimento	<i>Cluster 1</i> – valorizam o momento do atendimento e o aspecto do local onde o serviço é prestado <i>Cluster 2</i> – valorizam a relação pessoal administrativo/utente no momento do atendimento e em simultâneo a organização do serviço <i>Cluster 3</i> – valorizam a relação pessoal administrativo/utente no momento do atendimento	<i>Cluster 1</i> –valorizam a prestação do serviço ao nível de três vertentes – pessoal administrativo, espaço e organização interna <i>Cluster 2</i> – valorizam o arranjo do espaço envolvente.
Valores Organizacionais com visibilidade	<i>Cluster 1</i> – profissionalismo, desenvolvimento profissional, confiança e qualidade no serviço <i>Cluster 2</i> – profissionalismo, qualidade do serviço, humanismo, equidade de tratamento e desenvolvimento profissional	<i>Cluster 1</i> - profissionalismo, humanismo, qualidade do serviço, cooperação e bom atendimento <i>Cluster 2</i> – confiança, profissão, equidade tratamento e humanismo
Pontualidade do Pessoal Administrativo	Boa - 59,9%	Razoável – 45,7% Boa – 31,5
Informação prestada no momento das marcações	Sempre – 29,7% Às vezes – 35%	Às vezes – 37% Quando solicita – 29,3%
Respeito e Privacidade	Boa – 43,6%	Razoável – 44,6% Boa – 38%
Meios utilizados para marcar consultas	Presencial – 52,6%	Presencial – 46%
Obtenção de resposta na deslocação ao centro de saúde para fazer marcações ou obter informações	Sempre – 47,8% Às vezes – 40,5%	Sempre – 29,3% Às vezes – 51,1%

Factores	Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	Centro de Saúde de Sousel
Atitude do Pessoal Administrativo quando não sabe a resposta	Volte mais tarde – 42,8% Nunca aconteceu tal situação – 38,6%	Volte mais tarde – 51,1% Nunca aconteceu tal situação – 27,2%
Importância do Pessoal administrativo na prestação de serviços de saúde de qualidade	Importante – 40,8% Muito Importante – 30,7%	Importante – 44,6% Muito Importante – 12%
Grau de satisfação em relação ao atendimento	Satisfeito – 41% Muito Satisfeito – 10,6%	Satisfeito – 37,4% Pouco Satisfeito – 15,4%
Percepção sobre o Grau de satisfação dos utentes em relação ao CS	<i>Cluster 1</i> – atendimento administrativo <i>Cluster 2</i> – Prestação de cuidados de saúde enfermagem; prestação de cuidados de saúde médica; atendimento administrativo <i>Cluster 3</i> – Atendimento administrativo; Prestação de cuidados de saúde enfermagem; prestação de cuidados de saúde médica; marcação de exames complementares de diagnóstico; marcação de consultas de especialidade	<i>Cluster 1</i> – ; Prestação de cuidados de saúde enfermagem; prestação de cuidados de saúde médica <i>Cluster 2</i> – Prestação de cuidados de saúde médico; prestação de cuidados de saúde enfermagem; atendimento administrativo <i>Cluster 3</i> – insatisfeito - marcação de consultas de especialidade; marcação de exames complementares de diagnóstico;
Surpresa agradável	Consulta à hora marcada, Ter consulta sem marcação, Ter sido atendido sem esperar no SAP, Conseguir consulta com rapidez e A disponibilidade dos funcionários administrativos;	Ter médico de família Ter sido atendido no SAP sem esperar Informatização
Surpresa desagradável	Não cumprimento do horário das consultas, Não ter consulta e não ser avisado, Estar à espera e descobrir que não tinha consulta, Não haver consulta disponível quando é preciso, Consulta desmarcada, Ficar sem médico de família e mau atendimento de um funcionário administrativo	Elevada rotação dos médicos de família Não ter médico de família Mal atendido pelo médico de família Chegar ao SAP e não ser atendido

Em síntese, pode-se concluir que existem algumas semelhanças entre os dois Centros de Saúde ao nível de algumas variáveis, como:

- a regularidade com que os utentes se deslocam aos Centros de Saúde;
- o recurso elevado a consultas pré-marcadas com o médico de família;

- o tempo de espera é nos dois Centros o factor apontado como gerador de insatisfação na deslocação ao Centro de Saúde;
- os entrevistados estão satisfeitos com o atendimento do pessoal administrativo;
- a pontualidade é considerada boa;
- existe respeito e manutenção de privacidade;
- o meio utilizado para marcar as consultas é o presencial;
- quando o pessoal administrativo não sabe dar uma informação solicita que o utente volte mais tarde, apesar desta situação não ter acontecido a um número elevado de respondentes nos dois Centros;
- a importância do pessoal administrativo na prestação de serviços de saúde de qualidade.

Apesar de todas estas semelhanças encontram-se algumas diferenças entre os Centros estudados:

- a segunda forma de consulta mais utilizada no CS de Montemor-o-Novo é a consulta no SAP o que diverge do CS Sousel onde os utentes recorrem à consulta de urgência com o médico de família, o que faz sentido pois ao nível dos serviços de apoio permanente (SAP) estes dois centros possuem horários completamente diferentes;
- o Centro de Saúde de Montemor-o-Novo parece funcionar melhor ao nível da informação prestada, no momento da marcação, pelo Pessoal Administrativo aos utentes;
- no Centro de Saúde de Sousel encontrou-se um número significativo de respondentes que demonstraram insatisfação em relação ao atendimento do Pessoal Administrativo;
- em relação às percepções sobre o grau de satisfação dos utentes em relação ao Centro de Saúde encontraram-se três *clusters*, em cada um dos Centros. Estes possuem características diferenciadas contudo o que mais se distingue é que no caso do CS Sousel encontrou-se um segmento que está insatisfeito com a marcação de consultas de especialidade e a marcação de exames complementares de diagnóstico;
- no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo existem problemas com a marcação e desmarcação de consultas e também com o tempo de espera;

- no Centro de Saúde de Sousel existem problemas com a rotatividade e a não existência de médicos de família;
- em relação às características consideradas importantes no atendimento foram encontrados 3 *clusters* em Montemor-o-Novo e 2 *clusters* em Sousel com características diferenciadas;
- no que diz respeito ao grau de visibilidade dos valores organizacionais encontraram-se dois *clusters* em cada um dos Centros de Saúde e também neste caso existe um segmento em Sousel que se diferencia significativamente dos outros.

4.2.5. Análise Crítica das Perspectivas dos Utentes dos Dois Centros de Saúde face aos Modelos Teóricos de Referência

Na revisão bibliográfica no ponto 2.2.2. refere-se que o marketing de serviços é um marketing relacional externo e interno, conforme Kotler e Keller, 2006; Lendrevie et al., 2004, Esteban, 2000, perante isto, nesta parte do trabalho procurou-se avaliar a vertente externa do marketing de serviços, tendo em conta que a qualidade da prestação de serviços está intimamente relacionada com o atendimento do prestador de serviços. Nos casos estudados os respondentes globalmente estão satisfeitos com o Centro de Saúde e com o atendimento prestado pelos administrativos.

O sistema de SERVUCÇÃO apresentado pelos autores Eiglier e Langeard (1991) e referido no ponto 2.2.2.2. aparece evidente nos segmentos encontrados, apesar de só o segmento 1 do CS de Sousel o olhar nas suas três vertentes. Os outros segmentos consideram apenas algumas das variáveis deste modelo.

Tal como se referiu no ponto 2.2.3. a rendibilidade das organizações depende da satisfação dos clientes/consumidores, conforme referem os autores Rust e Zahorik, 1993; Anderson, Fornell, Lehmann, 1994 Anderson e Sullivan, 1993 e Llorens, 1996 logo, esta foi um dos factores alvo deste estudo, onde se verificou que estes respondentes, de uma forma global, estão satisfeitos com os respectivos Centros de Saúde, mas, em simultâneo, existem

factores que geram insatisfação, como por exemplo o tempo de espera nas consultas e a inexistência de médico de família.

À semelhança do estudo realizado por Mirshawaka (1994) (veja-se ponto 2.2.3.1.), o profissionalismo, a prestação de cuidados de saúde de enfermagem, a prestação de cuidados de saúde médicos, o respeito e a privacidade foram apontados como factores importantes na satisfação do utente. O mesmo estudo referia que a diminuição do tempo de espera era um indicador de satisfação, ora tal como já foi referido, em relação a este factor os dois Centros de Saúde encontram-se com problemas para os quais urge encontrar soluções.

5. CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Neste ponto do trabalho serão apresentadas as conclusões do estudo realizado, de forma a demonstrar, em que medida os objectivos foram alcançados e as hipóteses verificadas. Também nos propomos sugerir algumas, recomendações às instituições, alvo do estudo e perspectivar-se-ão estudos a realizar no futuro.

5.1. Conclusões

No final deste estudo com uma temática tão abrangente e importante para a sociedade actual, este é o momento de apresentar as conclusões.

Começou por se apresentar a Gestão de Recursos Humanos (GRH), onde os responsáveis, devem encorajar os colaboradores e prepará-los para conseguirem os seus objectivos. Os Recursos Humanos (RH), são a única vantagem competitiva sustentável numa organização, isto é, é através das pessoas que trabalham na organização que é possível fazer a diferença da mesma.

A Análise de Funções, é um processo que continua actual, uma vez que para se poder fazer a GRH é necessário conhecer a função de cada colaborador na organização, por um lado para que o gestor de RH saiba o que cada colaborador faz e por outro para rentabilizar os RH da melhor maneira possível.

.

A Avaliação de Desempenho, cada vez mais se torna relevante nas organizações, pois é um dos instrumentos que se conhece para melhorar tanto o trabalho individual, como o das equipas. Com a avaliação de desempenho pretende-se fazer a avaliação dos colaboradores de modo a que estes possam identificar as suas falhas e melhorar o seu desempenho. A Avaliação de Desempenho nos Serviços Públicos, é feita de forma especial, uma vez que se está a introduzir na Administração Pública o *SIADAP*.

Os Sistemas de Recompensa são importantes para os colaboradores uma vez que estes necessitam de contrapartidas materiais ou imateriais, para se sentirem motivados e empenhados na realização das suas tarefas.

Os Sistemas de Saúde e Segurança no Trabalho, são um aspecto a considerar na organização dos RH, uma vez que os colaboradores têm de se sentir seguros e em instalações confortáveis para que possam desempenhar o seu trabalho.

A Formação Profissional é, hoje em dia, de grande relevância, cada vez mais temos um mercado de trabalho competitivo e cada indivíduo deve obter o maior nível de competência para a execução das suas tarefas, para que as faça no menor tempo possível e com a melhor qualidade.

Relativamente às variáveis contextuais da GRH, a motivação, a participação e a liderança, pode dizer-se que a motivação e a participação estão relacionadas com o tipo de liderança exercida na organização, bem como reflectem o tipo de cultura organizacional dominante.

A revisão bibliográfica também incidiu no tema da Qualidade, este é um conceito com muitos anos, mas muito difícil de definir, pois depende das percepções e expectativas de cada um. A qualidade tem vindo gradualmente a ocupar um lugar de destaque no seio das organizações. Outro conceito a que se deu destaque foi a aplicação da gestão da qualidade total, uma vez que esta beneficia não apenas os clientes, que passam a dispor de produtos e serviços de qualidade, mas também a organização, na medida em que possibilita a redução de custos e uma maior eficiência operacional. É um processo contínuo, cujo objectivo é estabelecer uma cultura de excelência, que implica a organização no seu todo e está voltada para a satisfação do cliente. “Total” significa aqui a procura da qualidade em todas as dimensões possíveis da produção e de análise das necessidades, de forma a avaliar os serviços prestados aos clientes. Quando se faz referência à qualidade total, pode ser tanto à organização como ao produto/serviço, e não só à relação final ou ao serviço prestado ao cliente externo.

Uma vez que o tema deste trabalho é a qualidade dos serviços administrativos, percebida pelos utentes analisou-se o marketing de serviços, pois estes têm algumas características diferentes dos bens, logo, em termos operacionais, têm uma aplicabilidade diferente. Os

serviços são: intangíveis, não podem ser vistos, tocados, sentidos, ouvidos ou cheirados antes da compra; inseparáveis, não podem ser separados dos seus provedores; variáveis, a qualidade depende de quem os executa e de quando, onde e como são executados; e perecíveis, pois não podem ser armazenados para venda e ou uso posterior. Os serviços implicam trabalhar o marketing interno, o marketing externo e o marketing relacional e transaccional.

A relação com o cliente é muito importante. A qualidade da prestação do serviço está intimamente ligada com o atendimento de quem prestou o serviço. A qualidade do serviço é uma questão pertinente e que influencia os consumidores ao fazerem as suas escolhas. O consumidor avalia os serviços com base em critérios que nem sempre são semelhantes aos que se utilizam para avaliar os produtos. O grau de satisfação decorre de uma comparação efectuada pelo consumidor, quando confronta o resultado de uma transacção com uma referência anteriormente existente. Caso as percepções superem as expectativas, os consumidores ficam satisfeitos e associam qualidade ao serviço. Quando as percepções e as expectativas são coincidentes não existe satisfação, pois recebe-se o esperado. Quando as percepções são inferiores às expectativas produz-se insatisfação. A satisfação dos utentes pode ajudar as instituições de Saúde, na manutenção de metas de satisfação, na resolução de problemas, na medição dos progressos, e na melhoria do atendimento das necessidades dos pacientes na área da Saúde.

Em Portugal, o serviço de saúde público está estruturado com base no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva, sendo um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde. O Centro de Saúde é a unidade básica do SNS onde são prestados cuidados de saúde à população. A missão do Centro de Saúde implica que uma parte substancial da sua actividade e cuidados se dirijam à comunidade que serve, incluindo abordagens preventivas e de promoção da saúde de âmbito ambiental a grupos específicos, abordagens de prevenção terciária dirigidas ao indivíduo ou às famílias, entre outras. Neste espaço trabalha:

- um conjunto de pessoas que se dedica à prestação de cuidados de saúde essenciais, preventivos ou curativos: Médicos de Família, Médicos de Clínica Geral, Médicos de Saúde Pública, Enfermeiros;
- um outro grupo que não presta cuidados de saúde, mas faz a ligação Médico/ Utente, o pessoal administrativo;
- um grupo que apoia todos os serviços, mantendo a higiene e segurança do edifício, o pessoal auxiliar, e
- podem ainda trabalhar outros profissionais especializados: Técnicos de Serviço Social, Higienistas Orais, Técnicos de Saúde Ambiental, Nutricionistas, Psicólogos e Técnicos de Laboratório.

Todas estas pessoas que trabalham nos CS e nas mais diversas áreas prestam serviços aos cidadãos.

As consultas do CS servem para vigiar a saúde dos utentes, principalmente dos grupos que necessitam de atenção especial, tal como: crianças, grávidas, idosos, determinados grupos profissionais e pessoas com doença crónica. Estes grupos devem ter consultas programadas e periódicas para vigiar regularmente a sua saúde.

Colocámos um conjunto de questões de partida no início desta dissertação, estando no final deste trabalho capazes de apresentar as seguintes respostas:

1. Será que variáveis como idade, sexo, estado civil do Administrativo, influenciam a qualidade do atendimento?

No questionário, na questão nº 4, os respondentes na escolha que fizeram, não consideraram como nada relevantes os aspectos: idade e sexo, para que se sentissem satisfeitos com o atendimento.

2. Até que ponto as condições físicas de trabalho influenciam a motivação/satisfação?

Através da revisão bibliográfica, ponto 2.1.3.4., pode-se concluir que as condições físicas têm influência na motivação e satisfação dos colaboradores, uma vez que diversos autores o afirmam: Jorge (2002), Cox (1993), Neves (2002), Pisco (2004). O mesmo se veio a verificar quando se ouviu a opinião dos indivíduos entrevistados neste estudo. Os

Directores referiram que relativamente à ergonomia tinham alguma preocupação, parecendo o Director do CS de Sousel mais preocupado que a Directora do CS de Montemor.

O Director do CS de Sousel, tem um CS construído há cerca de 2 anos e com equipamentos novos, enquanto que a Directora do CS de Montemor tem um edifício antigo e com equipamentos menos recentes.

Nas entrevistas com o Pessoal Administrativo foi-lhes solicitado que indicassem o grau de importância relativamente ao espaço e equipamentos em que trabalhavam. A grande maioria dos Administrativos, que participaram no estudo considerou que o espaço e equipamentos eram um factor muitíssimo importante na organização.

3. Em que medida os modelos de organização do trabalho adoptados têm impactos no desempenho e produtividade do colaborador?

Os modelos de organização do trabalho podem fazer-se sentir no desempenho e produtividade. O Pessoal Administrativo dos dois centros refere que está satisfeito com o trabalho que realiza. No entanto, no Centro de Saúde de Sousel o Pessoal Administrativo, também se encontra satisfeito com a organização do trabalho, uma vez que na entrevista uma das questões era relativa ao grau de satisfação dos colaboradores e estes, no seu conjunto, encontram-se satisfeitos. Neste Centro de Saúde existe chefia intermédia, como referiu, várias vezes, o director do CS ao longo da entrevista, o que considera importante para a organização do serviço. A chefia intermédia é um auxiliar na organização do serviço, é com esta que decorrem as reuniões necessárias para a organização do mesmo. As opiniões e sugestões do Pessoal Administrativo chegam ao Director pela chefia intermédia. No CS de Montemor-o-Novo, não há chefia intermédia e não há reuniões para preparação de serviço com grande periodicidade. Neste CS o Pessoal Administrativo não refere a satisfação com a organização do serviço.

4. A procura de formação para o desenvolvimento de competências repercute-se na qualidade dos serviços prestados?

Através da revisão bibliográfica, ponto 2.1.3.5., confirma-se a pertinência desta questão conforme referem Câmara, Guerra, Rodrigues (1997), Carapeto e Fonseca (2005).

Para o desenvolvimento de competências, os dois directores estão interessados e empenhados em que o seu pessoal seja qualificado, dando-lhes a possibilidade de participar em acções de formação. No CS de Montemor-o-Novo já foram desenvolvidos alguns cursos onde participaram o Pessoal Administrativo, nomeadamente: Comunicação e Gestão de Conflitos e um sobre Humanização. O Pessoal Administrativo, participante neste estudo, considera importante a formação profissional, tendo já muitos dos Administrativos participado em acções de formação para desempenharem com mais competência as suas tarefas. No Centro de Saúde de Sousel foi dada a possibilidade ao Pessoal Administrativo de frequentar formação organizada pela Sub-região de Saúde.

Como hipóteses de estudo foram definidas as seguintes:

1. O pessoal administrativo desempenha um papel de crescente importância na obtenção de maiores níveis de qualidade na prestação dos cuidados de saúde;

Esta hipótese poderá ser verificada no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, pois nesta Organização tanto o pessoal administrativo como o Director consideram que o papel do Administrativo é importante, uma vez que “este é a primeira e a última cara do CS”; é este que faz o interface do Médico-Enfermeiro e utente.

No Centro de Saúde de Sousel os Administrativos mencionaram que têm um papel importante, pois fazem a ligação ao utente, prestam serviços e dão informações, contudo o Director considera que o Administrativo tem um papel cada vez menor, uma vez que muito do trabalho que era feito por estes, hoje em dia está facilitado, uma vez que os Médicos com o programa informático SAM já têm a possibilidade de agendar as consultas, imprimir o receituário o que permite que este fique automaticamente pronto.

Na perspectiva dos utentes entrevistados o pessoal administrativo tem elevada importância na prestação de cuidados de saúde de qualidade, isto porque no CS de Montemor-o-Novo 71,5% da amostra referiu que era importante ou muito importante e no CS de Sousel 56,6%.

2. O modelo de GRH utilizado na gestão dos administrativos influencia a qualidade de desempenho;

Em relação a esta hipótese, com o estudo realizado, pode admitir-se que o modelo utilizado influencia o desempenho, quando confrontadas as políticas de recursos humanos analisadas no ponto 2.1.3 com os resultados das entrevistas do pessoal administrativo. Pode concluir-se que a maioria das políticas e dimensões de RH não existe formalmente desenvolvida, nomeadamente: estratégia de recursos humanos, gestão de emprego, o recrutamento e selecção, a formação e desenvolvimento e a manutenção dos recursos humanos.

No CS de Sousel, todos pertencem ao quadro, todos foram contratados para a função que desempenham, não havendo grandes mudanças no pessoal. No CS de Montemor-o-Novo, este quadro inverte-se, havendo vários prestadores de serviços (recibos verdes), nem todos os Administrativos desempenham a função para a qual foram contratados e existe muita rotatividade.

A avaliação de desempenho também é fundamental para o desempenho na organização, como se constatou na revisão bibliográfica no ponto 2.3.2, contudo verifica-se que no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo esta não está a ser aplicada, como consequência torna-se difícil desenvolver sistemas para melhorar o rendimento e a produtividade dos colaboradores.

Em relação à estratégia de RH, onde está inserido o estatuto do responsável pela GRH, este estatuto ao nível da chefia intermédia só existe no CS de Sousel.

O Recrutamento e Selecção a nível externo não estão a ser feitos na Administração Pública. Os concursos públicos são muito poucos e os contratos são a termo certo (por um ano) e isso verifica-se principalmente no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, onde os

contratos de trabalho são muito precários e como tal existe uma grande rotatividade do pessoal administrativo.

Na revisão bibliográfica no ponto 2.3.5 refere-se que a formação profissional deve ser um instrumento da GRH fundamental, uma vez que os colaboradores podem aumentar os seus níveis de produtividade, manter e melhorar a sua competitividade, alcançar maiores níveis de eficácia, de eficiência e melhor qualidade de serviços. Na opinião do pessoal administrativo a aquisição de novas competências, nem sempre é fomentada, apesar de em ambos os centros o pessoal administrativo ter frequentado algumas acções de formação.

A manutenção dos RH, onde se integra a política salarial e de benefícios, o ambiente e condições de segurança no trabalho e as relações no trabalho são desenvolvidas de forma muito incipiente, muito aquém das necessidades e expectativas dos colaboradores.

Quanto ao sistema de recompensas verificou-se no ponto 2.3.3.1 de que na Administração Pública o reconhecimento informal é extremamente importante, no estudo constata-se que na opinião do pessoal administrativo, este sistema não é aplicado em nenhum dos CS.

Contudo, a directora do CS de Montemor-o-Novo, referiu que a única coisa que faz é reconhecer os colaboradores através do elogio.

No ponto 2.3.4 verificou-se que as políticas de saúde e de higiene no trabalho são importantes e necessárias para o desenvolvimento dos indivíduos no local de trabalho, contudo verifica-se que nos dois CS existe uma preocupação reduzida com alguns aspectos relacionados com esta matéria, nomeadamente com a ergonomia.

3. As Formas de Organização do Trabalho adoptadas têm impactos no desempenho e produtividade do colaborador.

Apesar de se tirarem algumas conclusões sobre este assunto, como já foi referido anteriormente, esta hipótese não foi comprovada, uma vez que não se conseguiu concluir que as formas de organização do trabalho causam impacto no desempenho e produtividade do colaborador.

No que diz respeito aos objectivos a alcançar com este estudo obtiveram-se os seguintes resultados:

1. Analisar o papel do pessoal administrativo como agente promotor da qualidade dos serviços prestados em unidades de saúde;

Na revisão bibliográfica no ponto 2.2.2. refere-se que o marketing de serviços é um marketing relacional externo e interno. Perante isto, procurou-se avaliar a vertente externa do marketing de serviços, tendo em conta que a qualidade da prestação de serviços está intimamente relacionada com o atendimento do prestador de serviços.

Com o estudo realizado pode concluir-se que o pessoal administrativo é um dos promotores da qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde, uma vez que em ambos os CS os respondentes consideraram como factores relevantes para a sua satisfação, em relação ao atendimento administrativo, a qualidade da informação, a organização do serviço e a comunicação. A este nível e no que diz respeito à importância das características do atendimento encontraram-se:

- três *clusters* no CS de Montemor-o-Novo - *Cluster 1* – valorizam o momento do atendimento e o aspecto do local onde o serviço é prestado; *Cluster 2* – valorizam a relação pessoal administrativo/utente no momento do atendimento e em simultâneo a organização do serviço; *Cluster 3* – valorizam a relação pessoal administrativo/utente no momento do atendimento;
- dois *clusters* no CS de Sousel - *Cluster 1* – valorizam a prestação do serviço ao nível de três vertentes – pessoal administrativo, espaço e organização interna; *Cluster 2* – valorizam o arranjo do espaço envolvente.

2. Analisar a influência que o modelo de recursos humanos adoptado na gestão do pessoal administrativo tem na qualidade percebida pelos utentes de unidades de saúde;

Para analisar a influência que o modelo de recursos humanos adoptado tem na qualidade percebida pelos utentes, a base do estudo foram aspectos como a liderança, a participação e as habilitações do pessoal administrativo dos CS.

A liderança exercida nos CS é diferente, uma vez que a Directora do CS de Montemor-o-Novo, considera que exerce um trabalho ao nível da gestão, enquanto que o Director do CS de Sousel se considera um coordenador.

A Directora do CS de Montemor classificou como importantes as seguintes características de liderança: a criatividade, o gosto de trabalhar com pessoas, a persistência e o acreditar nos colaboradores.

As características de liderança às quais o Director do CS de Sousel, dá maior relevância são: a inovação, a capacidade de comunicação, a capacidade de delegar e o gosto de trabalhar com pessoas.

Como se pode concluir só o aspecto trabalhar com pessoas é comum para os dois Directores.

Na participação do pessoal administrativo nas decisões, os Directores do CS têm opiniões semelhantes. A Directora do CS de Montemor-o-Novo, ouve os administrativos e procura saber as opiniões e sugestões, principalmente as daqueles que estão envolvidos nas decisões, por outro lado quando não os ouve a todos, conversa com os que conhecem melhor os serviços, para depois no conjunto tomar uma decisão. O Director do CS de Sousel, conhece as sugestões do pessoal administrativo através da Chefe de Serviços e diz que o pessoal é chamado a participar nas decisões em que está directamente envolvido.

Tanto num CS como no outro os colaboradores são chamados a participar desde que estejam envolvidos na decisão.

A participação do pessoal administrativo é vista pelo pessoal administrativo dos dois CS de forma divergente. Segundo os entrevistados do CS de Montemor-o-Novo, nem sempre são chamados a participar, enquanto que 75% do pessoal do pessoal entrevistado no CS de Sousel diz participar nas decisões.

No CS de Montemor-o-Novo, encontram-se colaboradores com mais habilitações literárias do que no CS de Sousel. Assim no CS de Montemor-o-Novo, os entrevistados possuem 50% o Ensino Secundário, 22% são licenciados, 17% têm o 3º ciclo do Ensino Básico e

11% têm o 1º Ciclo Ensino Básico enquanto no CS de Sousel os entrevistados possuem: 50% o ensino secundário, 25% o Ensino Básico - 1º ciclo e 25% o Ensino Básico - 2º Ciclo.

Tal como referido anteriormente os dois CS aplicam de forma deficiente as políticas de RH, uma vez que se verificam enormes lacunas em diversas áreas. Apesar desta situação no estudo encontraram-se dois *clusters* em cada CS no que diz respeito aos valores organizacionais que são visíveis para os utentes:

- CS Montemor-o-Novo – *Cluster 1* – profissionalismo, desenvolvimento profissional, confiança e qualidade no serviço; *Cluster 2* – profissionalismo, qualidade do serviço, humanismo, equidade de tratamento e desenvolvimento profissional;
- CS Sousel - *Cluster 1* - profissionalismo, humanismo, qualidade do serviço, cooperação e bom atendimento; *Cluster 2* – confiança, profissão, equidade tratamento e humanismo.

3. Proceder a uma análise comparativa entre duas instituições de dimensão e localização diferenciada no que se refere aos níveis de satisfação dos utentes.

Na análise comparativa entre as duas instituições de dimensão e localização diferente pode concluir-se que os níveis de satisfação dos utentes são significativos, pois em Montemor-o-Novo 51,6% encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos e no CS de Sousel essas percentagens rondam os 44%. Os respondentes consideraram relevantes para a satisfação no atendimento os seguintes factores: organização do serviço, qualidade da informação, comunicação e a simpatia. Os dois primeiros foram classificados como muito importantes. Consideraram como pouco importantes a idade e o sexo.

O que menos satisfaz os respondentes nos CS, são os tempos de espera, uma vez que este aspecto é referido por 91,3% dos respondentes no CS de Sousel e 76% no CS de Montemor-o-Novo.

No que se refere à qualidade da informação dada pelo pessoal administrativo, relativamente à marcação de Meios Complementares de Diagnóstico, no CS de Sousel 37% responde que às vezes são indicados data, hora, telefone e local do exame, 29,3% responde que é dado caso seja solicitado, 27,2% responde que estas informações são sempre fornecidas e 6,5% diz que nunca recebe estas informações. Relativamente ao CS de Montemor-o-Novo, 29,7% responde que são sempre indicados data, hora, telefone e local do exame, 35% responde às vezes e 24,8% responde que só obtém essa informação se a solicitar.

Em relação ao respeito e à privacidade com que são tratados, os utentes da amostra de uma forma geral consideram-na boa ou razoável nos dois casos em estudo.

Quando se dirigem ao CS de Montemor-o-Novo para marcar uma consulta e/ou exame, ou pedir receituário, ou solicitar informações, 47,8% responderam que obtêm sempre, 40,5% responderam às vezes e 11,7% responderam nunca. Os respondentes do CS de Sousel, quando se dirigem ao CS obtêm sempre resposta relativamente a: marcação de consulta e/ou exame, pedir receituário, solicitar informações 29,3% responderam que obtêm sempre, 51,1% responderam que às vezes conseguem resposta.

Existe uma boa percepção em relação à pontualidade do Pessoal Administrativo, nos dois CS.

Em relação à percepção sobre o grau de satisfação dos utentes em relação ao Centro de Saúde encontraram-se três *clusters* em cada um dos centros estudados:

- CS Montemor-o-Novo - *Cluster 1* – atendimento administrativo; *Cluster 2* – Prestação de cuidados de saúde enfermagem; prestação de cuidados de saúde médica; atendimento administrativo; *Cluster 3* – Atendimento administrativo; Prestação de cuidados de saúde enfermagem; prestação de cuidados de saúde médica; marcação de exames complementares de diagnóstico; marcação de consultas de especialidade;
- CS Sousel - *Cluster 1* – ; Prestação de cuidados de saúde enfermagem; prestação de cuidados de saúde médica; *Cluster 2* – Prestação de cuidados de saúde médico; prestação de cuidados de saúde enfermagem; atendimento administrativo; *Cluster 3*

– insatisfeito - marcação de consultas de especialidade; marcação de exames complementares de diagnóstico.

Com este estudo e, na opinião da investigadora, pretendeu aumentar-se o conhecimento ao nível da Gestão dos Recursos Humanos aplicados a um sector muito específico - a Saúde. Mais especificamente na área da qualidade nos serviços de saúde, no que diz respeito ao conhecimento da satisfação percebida pelos utentes que participaram no estudo.

5.2. Recomendações

Como recomendações, é sugerido que os CS façam uma análise e melhorem os aspectos, onde os utentes e os Administrativos se sentem menos satisfeitos. Neste caso será a diminuição dos tempos de espera, a organização dos serviços administrativos, a implementação de políticas de GRH, desburocratizando processos.

O Centro de Saúde Sousel deve tentar encontrar soluções para evitar a falta e a rotatividade dos Médicos de Família.

Ambos o CS devem desenvolver ferramentas que permitam analisar os níveis de satisfação com regularidade para que os resultados destas avaliações se reflectam na melhoria da qualidade.

Cada vez mais se exigem critérios de qualidade, contudo, na prática, as instituições da Administração Pública ainda não estão estruturadas, de forma a conseguir níveis de qualidade elevados. A escassez de RH, a avaliação de desempenho nos serviços públicos, os sistemas de recompensa, os sistemas de saúde e segurança no trabalho, a formação profissional, apesar de existirem ainda não são dimensões devidamente integradas na vida das Instituições. Sendo a formação profissional uma área com repercussões no nível de desempenho dos colaboradores de uma Instituição, ambas as organizações devem ter isso em conta, e como tal devem promover a participação do pessoal administrativo em acções de formação, em áreas pertinentes, para os Administrativos, como por exemplo: Procedimentos Administrativos, Gestão de Conflitos e Assertividade. O Pessoal

Administrativo gostaria de desenvolver ainda outras áreas que considera relevantes para melhorar o seu desempenho, contudo os próprios serviços não organizam alguns dos cursos onde poderiam desenvolver competências.

Ao nível dos sistemas de reconhecimento e de recompensas informais ambas as instituições devem melhorar a sua forma de actuação para que os níveis de motivação e satisfação dos colaboradores aumentem.

A prestação de serviços é de extrema importância, principalmente na área da saúde, onde os consumidores deste serviço são os utentes, que chegam fragilizados, solicitando atenção e pedidos de esclarecimento. Os prestadores de serviço desta área, também contactam diariamente com situações difíceis e com pessoas com problemas graves de doença, o que poderá perturbar o seu estado físico e emocional. Neste sentido a Administração Pública devia estar mais atenta, apoiar os colaboradores dos CS, incentivá-los e prepará-los para esta realidade.

Os Centros de saúde deviam apostar mais no marketing de serviços e desenvolverem essa filosofia, uma vez que obteriam contrapartidas a todos os níveis, principalmente na relação com o utente.

5.3. Limitações do Estudo

Entre as limitações da pesquisa, observa-se que por ser uma pesquisa efectuada com uma amostra não probabilística, as conclusões não podem ser generalizadas para todo o universo, aplicando-se assim, apenas aos Centros de Saúde estudados.

O método de selecção da amostra foi outra das limitações, uma vez que uma amostra por conveniência tem grandes limitações.

5.4. Investigações Futuras

Aplicar o estudo a outros Centros de Saúde situados em Regiões de Saúde diferentes.

Repetir o estudo daqui a cinco anos, de forma a comparar os níveis de satisfação dos utentes e dos profissionais, analisar as mudanças efectuadas, uma vez que os Centros de Saúde em causa irão sofrer alterações ao nível dos serviços prestados.

Fazer um estudo que incida na prestação de serviços de outras categorias profissionais existentes nas instituições hospitalares, que também podem ser objecto de estudo, tal como a satisfação dos utentes face à classe médica, de enfermagem e auxiliares de apoio e vigilância ou de acção médica.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson Correia, Identidade, Formação e Trabalho, Sinais Vitais, ESTSL, 2001.
- ALVES, Carlos Teixeira, Satisfação do Consumidor, Escolar Editora, 2003.
- ALMEIDA, JOÃO FERREIRA; PINTO, JOSÉ MADUREIRA, A Investigação Nas Ciências Sociais. Editorial Presença, Lisboa, 1995, 5ª ed..
- ANDERSON, E W., FORNELL, C. y LEHMANN, D.R.: “Customer satisfaction, market share, and profitability: Findings from Sweden”, *Journal of Marketing*, Vol. 58, num 3, pp. 53-63, 1994.
- ANDERSON, E.W., y SULLIVAN, M. W., “The antecedents and Consequences of Costumer Satisfaction for Firms”, *Marketing Science*, vol. 12, Primavera, pp. 125-43, 1993.
- ARANA, Santiago D. Quijano, “ASH (Auditoria do Sistema Humano): Modelos de Qualidade e Avaliação Organizacional”, in GOMES, Duarte, *et al.*, Organizações em Transição, Coimbra, Imprensa da Universidade, 2000.
- ARMSTRONG (Gary), KOTLER (Philip), Princípios de Marketing, S. Paulo, 9ª Edição, Prentice Hall, 2003.
- BABAKUS, E. y MANGOLD, W. G.: “Adapting The SERVQUAL Scale To Hospital Services: An Empirical Investigation”. *HSR: Health Services Research*, Vol. 26(6), February, pp. 767-787, 1992.
- BEER et al, Managing Human Assets, New York, The Free Press, 1984.
- BEER et al, Human Resource Management, New York, The Free Press, 1985.
- BEMOWSKI, K.: “The quality glossari”, *Quality Progress*, February, pp. 18-29, 1982.
- BENNIS, W. G., On becoming a leader. Reading, MA: Addison-Wesley, 1989.
- BERNOUX, Philippe, A Sociologia das Organizações, RÉs, Porto, 1985.
- BERRY, T. H.: *Managing The Total Quality Transformation*. McGraw-Hill. London., 1990.
- BERRY, Leonard L. e PARASURAMAN, Marketing services: competing through quality. Nova York: Free Press, p. 16, 1991.
- BERRY, Leonard, “Big ideas in services marketing”, *Journal of consumer Marketing*, Primavera , p. 47-51, 1986.

- BIGNÉ, J. E.; MOLINER, M. A.; VALLET, T. M.; e SÁNCHEZ J.: “Un Estudio Comparativo de los Instrumentos de Medición de la Calidad de los Servicios Públicos”, *Revista Española de Investigación de Marketing*, pp. 33-53, 1997.
- BILHIM, João, *Teoria Organizacional. Estruturas e Pessoas*, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2004.
- BITNER, M. J., “Evaluating Service encounters” The effects of physical surroundings and employee responses”, *Journal of Marketing*, 54, num 2, p. 69-82, 1990.
- BITNER, M. J. e HUBBERT, A.R.: “Encounter Satisfaction versus over all satisfaction versus quality”. In RUST, R. T. & OLIVER, R. L. (Eds). *Service Quality: New Directions, in theory and practice* (pp 241-268). Sage Publications, inc, 1994.
- BOONE L. E. e D. L. Katruz, *Principles of management*. 2nd ed., The Dryden Press, 1998.
- BRANDÃO, A. M., PARENTE, C., “Configurações da função Pessoal: As Especificidades do Caso Português”, *Organizações e Trabalho*, nº 20, 23-40, 1998.
- CAETANO (António), TAVARES (Susana), *Tendências na mudança organizacional e tensões na gestão das pessoas*, in GOMES (Duarte), e tal., (Cords.) *Organizações em transição*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 2000.
- CAETANO (António) et al, *Gestão de Recursos Humanos*, RH Editora, 2000.
- CÂMARA (Pedro B.), GUERRA (Paulo Balreira), RODRIGUES (Joaquim Vicente), *Humanator Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*, Lisboa, Publicações D. Quixote, 464, 1997.
- CARAPETO (Carlos), FONSECA (Fátima), *Administração Pública Modernização, Qualidade e Inovação*, Edições Sílabo Gestão, 429, 2005.
- CARDOSO, Luís, *A Gestão Estratégica das Organizações, Como Vencer os Negócios do Século XXI*, Editorial Verbo, 2ª ed., 1997.
- CARMAN, J. M.: “Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions”, *Journal of Retailing*, Vol. 66, Primavera, pp. 33-55, 1990.
- CHIAVENATO, (Idalberto), *Recursos Humanos*, Ed. Atlas, 5ª Edição, Ed. Compacta, 1998.
- CHURCHIL, G. *Marketing Research*. The Dryden Press, EUA, 1996, 3ª ed..
- COOK, SCOTT; YANOW, DVORA, *Culture and Organizacional Learning*, in Michael D. Cohen & Sproull, *Organizations Learning*. Thousand Oaks, Califórnia, Sage Publications, 1996.

- COTA, Bruno. Em que consiste o marketing interno?
<http://planetarh.com/modules/smartsection/item.php?itemid=381>, publicado a 21/09/2006, retirado em 5 de Outubro 2006
- COX, T., Stress Research and Stress Management: Putting Theory to Work , HSE Contract Research Report N° 61/1993, Health and Safety Executive, London, 1993.
- COWELL, D. W. (1985). The Marketing of Services. London Heinmann
- CROSBY, P. B.: *La calidad sin lágrimas: El arte de dirigir sin problemas*. Compañía Editorial Continental. México, 1990
- CUNHA (Miguel Pina), REGO (Arménio), CUNHA (Rita Campos), CABRAL-CARDOSO (Carlos), Manual de Comportamento Organizacional e Gestão, Editora RH, 1ª Edição, p. 869, 2003.
- DEMING, W. E.: *Calidad, productividad e competitividad*. Díaz de Santos. Madrid, 1989.
- DONNADIEU, G., « Un Nouveu Regard sur L'Entreprise » *Revue Personnel*, 1986
- EIGLIER, P ; LANGEARD, E., Servuction – A Gestão marketing de empresas e serviços, McGraw-Hill, Lisboa, 1991.
- ESTEBAN, Ildefonso Grande. “Marketing de los servicios”, Escuela de Gestion Comercial Y Marketing, 3ª Edicion, Madrid, 2000.
- FERREIRA PL. A voz dos doentes: satisfação com a medicina geral e familiar, In: Instrumento para a melhoria continua da Qualidade. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1999.
- FERREIRA PL, RAPOSO V, GODINHO P, A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde, Ministério da Saúde, 2005.
- FERREIRA PL, Luz A, Valente S, Raposo V, Godinho P, Felício ED. “Determinantes da Satisfação dos utentes dos cuidados de Saúde Primários: O caso de Lisboa e Vale do Tejo”, Revista Portuguesa de Saúde Pública; Volume Temático 2: 53-61, 2001.
- FOMBRUM, CH. J., Strategic Numan Resource Management, Nova Iorque, Wilev, 1984.
- FORNELL C., M. D. Johnson, E. W. Anderson, J. Cha and B. E. Bryant. The American customer satisfaction index: Nature, purpose, and findings, *Journal of Marketing*, (60), pp. 7-18, 1996.
- FOSTER, D, Viagens e Turismo. Ed. CETOP , Mem Martins, 1992.
- FUENTES, M. F.: *La Gestión de la Calidad Total: Análisis del impacto del entorno en su implantación y resultados*. Editorial Universidad de Granada. Granada, 2002.
- GARVIN, D. A.: *Managing Quality: The Strategie and Competitive Edge*. The Free Press. New York, 1988.

- GIESE, J. L. and COTE, J. A., Defining Customer Satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*. 2000.
- GHIGLIONE, RODOLPHE; MATALON, BENJAMIN. O Inquérito. Teoria E Prática. Celta Editora, Oeiras, 1992.
- GOMES, DUARTE, Cultura Organizacional, Comunicação e Identidade. Coimbra, Quarteto Editora, 2000.
- GOMEZ-MEJIA, L. R.; BALKIN, D. B.; e CARDY, R. L. *Managing Human Resources*. Prentice Hall International, inc. USA, 1995.
- GONÇALVES, I. e MONTEIRO, L.: *Serviços públicos: Da burocracia à qualidade*. Secretariado para a Modernização Administrativa. Março. Lisboa, 1999.
- GREEN, P. ; TULL, D e Acdaum, G.. Research for Marketing Decisions. Prentice Hall, New Jersey, 1988, 5ª ed..
- GREFFE, X.. *Gestion Publique*. Édit Dalloz. Paris, 1999.
- GRÖNROOS, C.: “A Service Quality Model and its Marketing Implications”, *European Journal of Marketing*, Vol. 18, n.º 4, pp. 36-44, 1984.
- GRÖNROOS, C, Service Management and Marketing – A Customer Relationship Management Approach, 2ªed, John Wiley & Sons.
- GRÖNROSS, e AKESAND, Redeveloping and Launching a unique service offering: Service excellence marketing's impact on performance, American Marketing Association, Chicago, 1989.
- HAIR, JOSEPH *et al.*, Multivariate Analysis with Readings. Prentice-Hall, New Jersey, 1995, 4ªed..
- HENDRY, CHARLES; PETTIGREW, ANDREW, The Practice of Strategic Human Resources Management, *Personnel Review*, 15, 2-8, 1986
- HENDRY, CHARLES; PETTIGREW, ANDREW; SPARROW, PAUL, Linking Strategy Change, Competitive Performance and Human Resource Management: Results of UK Empirical Study, in R. Mansfield (ed), *Frontiers of Management Research*, London, 1989.
- IRIARTE, M. R.: “El Clima Organizacional en la Administración Pública”. Em Rodríguez, A.: *Los Recursos Humanos en las Administraciones Públicas*. Editora Tecnos. Madrid, 1995.
- ISHIKAWA, K.: *What is Total Quality Control? The Japanese Way*. Prentice-Hall, Inc. New York, 1985.

- JURAN, J. M.: “La función de calidad”. Em JURAN, J. M. e GRYMA, F. M. (eds): *Manual de Controlo de Calidad*. McGraw-Hill. Madrid, 1993.
- JURAN, J.M., Juran on Planning for Quality. Free Press, New York, 1988.
- JORGE (Fátima), Impactes e Limites Éticos dos Sistemas de Informação/ Tecnologias da Informação e da Comunicação (SI/TIC) na Gestão dos Recursos Humanos, Tese de Doutoramento, Évora, 2002.
- KOTLER (Philip), Administração de Marketing, Editora Atlas, 12ª Edição, S. Paulo, 1999.
- KOTLER, PHILIP. Administração De Marketing. Análise, Planejamento, implementação e controle. Prentice-Hall, 2002, 10ª Edição.
- KOTLER (Philip) e KELLER (Kevin Lane), Administração de Marketing, Editora Atlas, 12ª Edição, S. Paulo, 751, 2006.
- KOTLER, Philip, ARMSTRONG, Gary. Principios de Marketing. 7ª Edição: LTC Livros Técnicos e Científicos, p.459, 1999.
- LELE, M. & SHETH JAGDISH, N., El cliente es la clave. Ediciones Díaz de Santos, S. A., 1989.
- LEMAITRE, N., “L aculture de L’ Entreprise, Factor de Performance”, Revue Française de Gestion, 1984.
- LENDREVIE (Jacques), Mercator 2000: Teoria e Prática do Marketing, Lisboa, 9º Edição Publicações D. Quixote, 2000.
- LINDON, Denis, LENDREVIE, Jacques, LEVY, Julien. Mercator XXI . 10ª Edição Lisboa: Dom Quixote, p.518, 2004.
- LLORENS, F. J.: “Medición de la calidad de servicio: una aproximación a diferentes alternativas”, Biblioteca de Económicas y Empresariales, Universidad de Granada, 1996.
- LOVELOCK, Christopher H., Services Marketing, Second Edition, Prentice-Hall International, Inc., United States of America, 1991.
- MALHOTRA, N.. *Marketing Research*. An applied Orientation. Prentice Hall, New Jersey, 1996, 2ª ed..
- MARQUES, JORGE, Recursos Humanos, Técnicas e Gestão, Texto Editora, Lisboa, 2001.
- MARTÍN ARMARIO, E.: “El Marketing de los Servicios Públicos”, *Cuadernos de Gestión*, Instituto de Economía Aplicada a la Empresa, Universidad de Bilbao, May, pp. 141-176, 1989.
- MIDDLETON, Victor T. C., Marketing de Turismo, 3ª Edição, Editora Campus, Rio de Janeiro, 2001.

- MILHEIROS (Conceição), “De que é que se queixa? Qualidade em Saúde, Publicação do Instituto da Qualidade em Saúde, Julho, pp. 19-19, 2005.
- MILLER, T. I. e MILLER, M. A.: “Standards of Excellence: U. S. Residents’ Evaluations of Local Government Services”, *Public Administration Review*, Vol. 51(6), pp. 503-514, 1991.
- MIRSHANKA, V, *Hospital: Fui bem Atendido!!! A vez do Brasil*. S. Paulo Edições Makron Books, 1994.
- MIZUNO, S.: *La Calidad Total en la empresa*. T.G.P. Madrid, 1989.
- MOLINER, M. A.; VALLET T. M.; e SÁNCHEZ, J.: “Percepción y Posicionamiento de los Servicios Públicos. Una Aplicación a la Ciudad de Castellón”, *VI Encuentros de Profesores Universitarios de Marketing, San Sebastián*, pp. 153-166, 1994.
- MOREIRA, Carlos Diogo. *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Universidade Técnica de Lisboa, ISCSP, Lisboa, 1994.
- MOURA, ESTEVÃO, *Gestão de Recursos Humanos: Influências, e Determinantes, do Desempenho*, Lisboa, Edições Silabo, 2000.
- NELSON, E. C.; HAYS, R.; e LARSON, C.: “The patient judgement system: reliability and validity quality”, *Review Bolletín*. N.º 15, pp. 185-191, 1989.
- NEVES (José), LOPES (Albino), “Cultura Organizacional, Satisfação e cidadania organizacional”, in GOMES (Duarte), e tal., (Cords.) *Organizações em transição*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 2000.
- NEVES, (Arminda), *Gestão na Administração Pública*, Pergaminho, 1ª Edição, 2002.
- NEVES, J. G., *Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos*, Printipo-Industrias Gráficas Lda, 1ª edição, p.301, 2000.
- NOYÉ, D., *Pour satisfaire nos clients*, 3ª ed., Paris, INSEP Éditions, 1998.
- OAKLAND, S., *Total Quality Management – The Route to Improving Performance*. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1989.
- OLIVEIRA, M.A.L.. *AS 8000: o modelo ISO 9000 aplicado à responsabilidade social*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.
- OLIVER, R.L. *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*. Singapore. McGraw Hill International Editions, 1997.
- OPPENHEIM, A. N.. *Questionnaire Design, Interviewing And Attitude Measurement*. Printer Publishers London and New York, 1996, 2ª ed..

- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, Valerie e BERRY, Leonard., “A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research”, *Journal of Marketing*, Outono, p. 44, 1985.
- PERETTI, JEAN-MARIE, Recursos Humanos, Lisboa, Edições Sílabo, 1997.
- PETERS (Tom), A Gestão em tempo de Mudança uma revolução nos métodos de gerir uma empresa, Editorial Presença, 1ª Edição, Lisboa, 1990.
- PETTIGREW, A. M., On studying organizational cultures, *Administrative Science Quaterly*, 24,570-581, 1979.
- PETERSON, B.: A Deming view of employee relations.
[On-line]: <http://www.cableone.net/brpeterson.html>, 2001.
- PETERSON, R. A. and WILSON R.W.: “Measuring Customer Satisfaction: Fact and Artifact.” *Journal of the Academy of the Marketing Science* 20 (1), pp. 61-71, 1992.
- PEREIRA, Alexandre; POUPA, Carlos, Como Escrever uma Tese, monografia ou livro científico usando o Word, Edições Sílabo, 3ª Edição, Lisboa, 2004.
- PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N., Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS, Lisboa, Edições Sílabo, 1998.
- PFEFFER, Jeffrey, Competitive Advantage Though People, Bóston, Massachussets, Harvard Business Scholl Press, 1994.
- PFEFFER, Jeffrey, Seven Practices of Successful Organization, *California Management Review*, 40 (2), 96-123, 1998.
- PHILLIPS (Estelle)., PUGH D. S., Como preparar um Mestrado ou Doutoramento, Lyon Multimédia Edições, Lda, Abril, 1998
- PINHEIRO, David. (2006/07/14). Ajudamos as organizações a transformar estratégias em realidade”. Consultado em 25/07/2006 em Planeta RH: <http://planetarh.com/modules/smartsection/item.php?itemid=251>
- PINTO, J. R.; ANDRADE, A.; PINTO, C. e VEIGA DE SOUSA, F.: Auto-avaliação da qualidade em serviços públicos. Secretariado para a Modernização Administrativa. Março. Lisboa, 1999.
- PIRES (Ramos), Qualidade, Sistemas de Gestão da Qualidade, Sílabo Lda., Lisboa, 2000.
- PISCO, Luís. A Saúde dos Profissionais, *Revista do Instituto da Qualidade em Saúde*, nº 11, Setembro, p. 2, 2004.
- (PIZAM, A e ELLIS, T., Customer Satisfaction and its Measurement in Hospitality Enterprises, *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 11 (7), pp. 326-339, 1999.

- POLLITI C. “Papeis alternativos para a avaliação no processo de reforma da gestão pública”. In: Instituto Nacional da Administração. (eds), A avaliação na Administração Pública, Oeiras, 1998.
- PONCE DE LEÓN, J.: “Energía, cansancio, fatiga y estrés. Cápsulas del médico para la empresa”. *Revista Adminístrate Hoy*, n.º 43, pp. 38-42, 1997.
- PROENÇA, João et al., O Hospital Português - Os Profissionais de Saúde, a Gestão e o Utente, Vida Económica – Conferforum, 2000.
- QUEIRÓ, A. R.: Lições de Direito Administrativo. Vol. I. Lições Policopiadas. Coimbra, 1976.
- QUIVY, RAYMOND; CAMPENHOUDT, LUCVAN. Manual De Investigação Em Ciências Sociais. Gradiva, Lisboa, 1992.
- RAMOS, J.: “Manejo productivo del estrés en las empresas”. *Revista Adminístrate Hoy*, n.º 68, pp. 42-44, 1999.
- REIS, Elisabeth; MOREIRA, Raul. Pesquisa de Mercados. Edições Sílabo, Lisboa, 1993
- RETO, L; LOPES, A., “Organizações e Cultura”, *Psicologia*, Vol IV, nos 3 e 4, p.182, 1483.
- ROCHA, J. A., “Gestão de Recursos Humanos”, Editorial Presença, 2ª. Edição, 1999.
- ROBBINS, S.: *Comportamiento Organizacional*. 8th. Pearson Prentice-Hall. México, 1999.
- RUA, Orlando e MENORCA, Maria, “Implicações da liderança e do clima organizacional na qualidade dos serviços públicos municipais: estudo de casos das câmaras municipais portuguesas”, Ayala Calvo, J.C. y grupo de investigación FEDRA Conocimiento, innovación y emprendedores: Camino al futuro, ISLA – Instituto Superior de Línguas e Administração, Universidad de La Rioja
- RUIZ, J.: *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Universidad de Deusto, Bilbao, 1996.
- RUST, R. T. y ZAHORIC, A. J.: Customer satisfaction, customer retention, and market share”, *Journal of Retailing*, Vol. 69, num. 2, pp. 193-215, 1993.
- SHEIN, E. H.: “The Role of Founder in Creating Organizational Cultures”, *Organizational Dynamics*, 12, pp. 13-28, 1983.
- SCHEIN, E. H.: “Coming to a New Awareness of Organizational Culture” *Sloan Management Review*, vol. 25, nº 2, p. 3, 1984
- SCHEIN, E. H.: La cultura empresarial y el liderazgo. Una visión dinámica. Plaza y Janés. Barcelona, 1988.

- SCHEIN, EDGAR, *Corporate Culture: Survival Guide*, San Francisco, Jossey-Bass, 1999
- SCHNEIDER, B.: “Organizational climate: An essay”. *Personnel Psychology*, n.º 28, pp. 447-479, 1975.
- SHOSTACK, G. L.: “Breaking Free from Product Marketing”. *Journal of Marketing*. April, 41 (2): 73-80, 1977.
- SILVA, J. O., *Por uma Administração Pública Melhor*. Instituto Nacional de Administração e Gestão. Gabinete da Secretária de Estado da Administração Pública: 14 e 15 de Junho. Lisboa, 2001.
- SILVÉRIO, MARTA, *Pesquisa De Marketing*. Universidade de Évora, 2001.
- SMA (Secretariado para a Modernização Administrativa): *Carta de Qualidade. Um compromisso com o cidadão*. Secretariado para a Modernização Administrativa. Março. Lisboa, 1999.
- SMA: *Estrutura comum de avaliação da qualidade das Administrações Públicas da U.E.* Secretariado para a Modernização Administrativa. Novembro. Lisboa, 2000.
- SMA. “A qualidade nas estruturas produtivas”, Publicações: *Administração Pública e Qualidade*. Lisboa, 2001a.
- SMA: *Ofício circular n.º 9/2001 SMA, de 14 de Maio*. Ministério da Reforma do Estado e da Administração Pública. Lisboa, 2001b.
- SPAETH, Ronald. G.: Clinically Speaking. *Chicago, Healthcare Executive* (July-August), 2001.
- SPRENG R. A.; MACKENZIE, S. B.; OLSHAVSKY, R. W., A Reexamination of the Determinants of Consumer Satisfaction, *Journal of Marketing*, vol. 60 (July), pp. 15-32, 1996.
- STEENKAMP, J. B.: *Product Quality: An investigation into the concept and how is perceived by consumer*. Van Gorc: Assen/Maastricht. The Netherlands, 1989.
- SULEMAN, F., *Perfis Profissionais – que opções teórico-metodológicas*, in LOPO, T. TEIXEIRA,; CLEMENTE, VANDA, *Recursos Humanos, Colectânea de Textos*, CIDEA, Lisboa, 1999.
- TAGUSHI, G.: *Introduction to quality engineering: designing quality into products and processes*. Asian Productivity Organization. Tokyo, 1986.
- TRICE, H. M. & BEYER J. M. *The cultures of work organization*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1993.

- VELUDO, M. V.: “Qualidade e Valor”, *Programa Avançado de Gestão para Executivos*. Universidade Católica Portuguesa/Administração Pública Açoreana 1997/98. Escola de Pós-Graduação em Ciências Económicas e Empresariais, 1997.
- VIEIRA, SÓNIA. Como Escrever Uma Tese. Pioneira, São Paulo, 1996, 3ª ed..
- WILLIAMS (David I.), “O desenvolvimento pessoal no local de trabalho” in GOMES (Duarte), e tal., (Cords.) *Organizações em transição*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 2000.
- ZEITHAML, V. A.: “Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence”, *Journal of Marketing*, Vol. 52, July, pp. 2-22, 1982.
- ZEITHAMAL, VALERIE; BITNER, MARY, *Services Marketing*, McGraw-Hill, New York, 3ed, 2003 2003
- ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, *Servqual: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality*. *Journal of Retailing*, New York, v.64, nº1, spring, p. 12-40,1990.
- ZEITHAMAL; BERRY; PARASURAMAN, *A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioral Intention*. *Journal of Marketing Research*, Chicago, v30, nº1, February, p. 7-27, 1993.
- ZEITHAML, Valerie A e BITNER, Mary Jo, *Services Marketing*. Nova York: McGraw-Hill, capítulo 2, 1996
- ZEITHAML, W.. *Exploring Marketing Research*. The Dryden Press, EUA, 1997, 6ª ed..

Sites

<http://mercurio.iqs.pt/pdf/Moniquor/Livro%20Moniquor%202004.pdf>

<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos26.html>

<http://www.min-saude.pt/portal/servicos/prestadores/detalhe/20.htm>

<http://www.arsalentejo.pt/>

http://www.dgap.gov.pt/docs_down/caf_giq/estrutura_comum_avaliacao-CAF/caf_v2003.pdf

Site Planeta RH – Publicado em 2006/07/14 – à conversa com Luís Reis, Hay Group – “Ajudamos as organizações a transformar estratégias em realidade”.

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20050922_MS_Doc_Cuidados_Saude_Primarios.htm

<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+sau+de/historia+do+sns/historiadosns.htm>

http://www.ensp.unl.pt/act_editorial.shtm

http://www.dgap.gov.pt/2pap/home_padm.htm